○○社会保険事務所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市・町・村長

年金額等について（照会）

　このことについて、自立支援法（精神医療）に基づく申請がありましたので、別紙の者にかかる年金額（年額）等について、ご回答願います。

　　　　　　　　　　　　　　　 　送付先

|  |
| --- |
| 〒○○○○○○○○○○○○　○○○○○○○℡（○○）○○－○○○○　　　　　　　　　担当：○○ |

別　紙

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援医療（精神）申請者 |  |
| 生年月日 |  | 有無 | 受給額（前年度） |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |
|  |  | 有無 |  |