

同意書

年 月 日

京 都 府 知 事 様

(申請者) 住所

氏名 印

(記名押印又は自筆による署名)

生年月日 年 月 日

保護者氏名 印

(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名押印又は自筆による署名が必要です。)

私は、自立支援医療費(精神通院)支給認定申請にあたり、下記の転居前の住所地を所管する自治体へ提出した「医師の診断書及び意見書」の写しについて、府担当職員が転居前の自治体に照会することを同意します。

記

受診者氏名	
転居前の住所	
転居前自治体から交付を受けた自立支援医療受給者証(精神通院)の受給者番号	