

同意書

平成 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の署名を記載ください。)

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	