同　　意　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

各都道府県知事・政令指定都市市長　殿

自署の場合押印不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 印 |

　私は、自立支援医療費（精神通院）の支給認定を受けるため、私が貴都道府県（政令指定都市）へ自立支援医療費（精神通院）を申請した際の診断書の写しのほか、必要事項について山梨県へ提供されることについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者証氏名 |  |
| 生年月日（大・昭・平・令）　　　年　　　月　　　日生 |
| 転居前※の住所 |  |
| 転居前※の受給者証の番号 |  |
| ＊不明な場合は空白で構いません。 |
| 保護者氏名（申請者が18歳未満の場合のみ記入） |  |

* 直近２年間で複数回転居をされている方は、前回診断書を提出し、受給者証の認定を受けた自治体の住所や番号を記載してください。