

同意書

年 月 日

京 都 府 知 事 様

(申請者) 住所

氏名

(自署)

生年月日

年

月

日

保護者氏名

(申請者が18歳未満の場合に記入ください。) (自署)

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	