

同意書

令和 年 月 日

鹿児島県知事 } 殿
大崎町長 }

私は、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定のために下記のことと同意します。

- 1 自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定状況について転居前の自治体に調査、照会を行うことまたは関係人に報告を求めること
- 2 支給を申請する際に添付が必要な「診断書及び医師の意見書」について、転居前の自治体に対して自立支援医療費の支給申請時に提出した「診断書及び医師の意見書」の写しについて、鹿児島県知事又は市町村長が代わりに交付を依頼し、その交付を受けること
- 3 自立支援医療費（精神通院医療）受給者証の写しについて、鹿児島県知事又は市町村長が代わりに交付を依頼し、その交付を受けること

現住所

申請者（受給者）

印

生年月日 大正 昭和 年 月 日
平成

転居前の住所

転居前の自治体が交付した自立支援医療受給者証番号
()

(※不明の場合は空欄で構いません。)

保護者（受診者が18才未満の場合）

住 所

氏 名

印