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 |  |

用紙の大きさは日本産業規格A4とすること