

同意書

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費(精神通院)の支給認定を行うにあたり、私の従前の住所地の自治体に認定状況を照会すること及びその自治体に提出した診断書の写しを取り寄せることに同意します。

平成 年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____

前住所 _____

群馬県こころの健康センター所長 様