

同 意 書

年 月 日

奈良県精神保健福祉センター所長 宛

私は、奈良県における自立支援医療費（精神通院医療）支給認定を申請するにあたり、その認定のために、移転前の自治体等に対して、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定時に提出した「医師の診断書・意見書」の写しの提供、支給認定内容の照会を依頼することに同意します。

申請者（受診者）

氏 名

生年月日

現 住 所

前 住 所

※申請者が18歳未満の場合は保護者について記載ください。

保護者氏名

受診者との関係（ ）

保護者住所