

同意書

障害者総合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事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。

令和 年 月 日

申請者 住 所 吾妻郡東吾妻町大字

氏 名 ⑩

生年月日

前住所

群馬県こころの健康センター所長 様