**同　　意　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

 鹿児島県知事

 殿

 曽於市長

　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に同意します。

　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）

 　　　　　　　　　　　　　　　　 大正

 　　　　　　　　　　　　生年月日　　 昭和　　　　年　　　　月　　　　日

 　　　　　　　　　　　　　　　　平成

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和

 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