

(転入者用)

## 同 意 書

年 月 日

静岡県精神保健福祉センター所長 様

住 所

氏 名  
(生年月日 年 月 日生)

保護者 (受診者が 18 歳未満のみ)  
氏 名

私は、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請に当たり、私が転入前自治体の長に支給認定を受ける際に提出した下記の書類について、静岡県精神保健福祉センター所長が転入前自治体の長から取り寄せることに同意するとともに、必要に応じて認定内容を照会することに同意します。

### 記

診断書の写し  
意見書の写し  
受給者証の写し  
その他 ( )