

# 同意書

令和 年 月 日

滋賀県知事

あて

申請者 氏 名

現 住 所

生 年 月 日 年 月 日

私は、自立支援医療費（精神通院医療）の支給を申請する際に添付が必要な「医師の意見書又は診断書」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「医師の意見書又は診断書」の写しの交付を滋賀県知事が私に代わり交付の依頼およびその交付を受けることについて同意します。

## 記

自立支援医療 受給者氏名	
転居前の住所	〒
転居前で交付を受けた自立支援医療受給者証の受給者番号	※不明な場合には、空白で構いません