

同意書

三春町長 様

私は自立支援医療費（精神通院）の支給認定申請に必要となる医師の診断書・意見書（写）等について移転前自治体に対し提供を求め、認定権者である福島県知事に提供することについて同意します。

令和 年 月 日

(申請者)

現住所

移転前住所

申請者氏名

印

生年月日

年 月 日

前受給者証番号

※申請者が18歳未満の場合は下記についても記載してください。

(保護者)

現住所

保護者氏名

印