同　　意　　書

自立支援医療（精神通院）または精神障害者保健福祉手帳の申請にあたり、石川県が転居前の自治体に診断書（写）の提供依頼および下記事項について照会することに同意します。

記

１ 直近の診断書の写し 　　　　２ 自立支援医療受給者証の記載内容 ３　手帳番号、等級、手帳の有効期間

(２、３不要の場合二重線にて消去)

　 　　　　　年　　　月　　　日

石　川　県　知　事　　　　　殿

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

現住所

旧住所

受給者証番号

手帳番号