

# 同 意 書

志免町長 殿

私は、下記旧住所から貴市町村に転入したので、旧住所で承認されていた障害者自立支援医療（精神通院医療）の有効期間を、引き続き承認されますよう申請します。

よって、この申請のために必要な、「医師の診断書」「重度かつ継続の意見書」の提供を、貴市町村が旧住所自治体に依頼し、それを收受することに同意します。

なお、この手続きには相応の時間を要すること、貴市町村の依頼に対し旧住所自治体が回答しなかった場合には、今後受診予定の医療機関により新たに診断書を得て新規申請を行うことを承知します。

令和 年 月 日

申請者氏名：

(自署又は記名押印)

生年月日： T・S・H・R

年 月 日

現住所： 志免町

移動日： 転出日 月 日

・ 転入日 月 日

旧住所：

旧受給者番号：

(控え等から、わかる場合にはご記入ください。)