

同 意 書

大木町長 殿

私は、下記住所から貴町に転入したので、旧住所で承認されていた自立支援医療(精神通院医療)の有効期限を、引き継ぎ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、旧住所自治体に私が提出した、私についての「医師の診断書」、「重度かつ継続の意見書」の提供を、貴町が旧自治体に依頼し、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、貴町の依頼に対し旧住所自治体が回答を拒んだ場合には、今後受診予定の医療機関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 _____

生年月日 _____

新住所 _____

転入日 令和 年 月 日 _____

旧住所 _____

医療機関名 _____

(＊医療機関そのものに変更のない場合も記入してください。)

旧受給者番号 _____

(＊控え等から分かる場合には記入してください。)