

同意書

令和 年 月 日

山口市長 様

申請者（受診者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

前住所 _____

保護者（受診者が 18 歳未満の場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

私（受診者）の自立支援医療費（精神通院）支給認定に関して必要があるときは、官公署に対し、必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求めることについて同意します。