

同 意 書

山口県知事

様

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定について、精神障害者保健福祉手帳と同時申請できるよう、支給認定期間を短縮し手帳の認定期間と合わせることに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所
(受診者)

氏 名 印

※18歳未満の場合は、受診者の印鑑は不要

保護者（受診者が18歳未満の場合）

住所

氏 名 印