

# 同 意 書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請を行うに当たり、旧住所地の自治体に対し必要事項を照会することや、旧住所地の自治体で支給認定を受ける際に提出した診断書（高額治療継続者に関する意見書を含む。以下「診断書等」という。）の写しを取り寄せることについて同意します。

なお、この手続きには相応の時間を要すること、北海道からの照会に対し、旧住所地の自治体が回答や診断書等の写しの提出を拒んだ場合には、指定自立支援医療機関より、新たに診断書を取得した上で、新規申請を行うことを承知します。

令和 年（ 年） 月 日

北海道知事 様  
旧住所地受給者証発行機関の長 様

受診者 住 所  
受診者 旧住所  
受診者 氏 名  
受診者 生年月日

印

保護者 氏 名

印

※保護者氏名は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。

※自署の場合は、押印は省略できます。