様式第１４号

同　　意　　書

福　島　市　長　　　様

　私は自立支援医療費（精神通院）の支給認定申請に必要となる医師の診断書・意見書（写）等について移転前自治体に対し提供を求め、認定権者である福島県知事に提供することについて同意します。

令和　　　年　　月　　日

（申請者）

現住所

移転前住所

申請者氏名

生年月日

　　　　　　　年　　　　月　　　　日

前受給者証番号

※申請者が１８歳未満の場合は下記についても記載してください。

　　　　　　　　　（保護者）

現住所

保護者氏名