様式１－１

自立支援医療受給者証（精神通院）有効期間短縮承諾書

（次回，医療・手帳同時申請設定用）

私は，精神障害者保健福祉手帳の有効期限と自立支援医療受給者証（精神通院）の有効

期間終期を一致させ，次回精神障害者保健福祉手帳と同時申請するため，自立支援医療受給者証（精神通院）の有効期間短縮を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望有効期間終期 | 　　年　　月　　日 |

広　島　県　知　事　　様

　　年　　月　　日

申請者氏名