様式９

同　　意　　書

私は，自立支援医療費（精神通院）支給認定を受けるため，私が貴都道府県（政令指定都市）へ自立支援医療費（精神通院）を申請した際の診断書の写しのほか必要事項について，

広島県へ提供されることに同意します。

各都道府県知事・政令指定都市市長　様

　　年　　月　　日

申請者　　住　所

氏　名

　　　　　　〒

 前住所

保護者　　（申請者が１８歳未満の場合）

住　所

氏　名