同　意　書

各都道府県知事・政令指定都市市長　様

　私は、高知県における自立支援医療（精神通院）支給認定又は、精神障害者保健福祉手帳交付を申請するにあたり、貴都道府県（政令指定都市）へ提出した診断書（意見書含む）の写しのほか必要事項について、高知県へ提供されることに同意します。

　　　　　年　　　月　　　日

【受診者（手帳の場合は申請者）】

住所

氏名

生年月日　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

転居前の住所

【保護者（18歳未満の場合）】

住所

氏名