

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 \_\_\_\_\_