

県外からの居住地の変更に伴う精神障害者保健福祉手帳交付申請  
にかかる同意書

県外からの居住地の変更に伴う広島県への精神障害者保健福祉手帳の交付申請にあたり、旧居住地の都道府県等に対し、私にかかる精神障害者保健福祉手帳の診断書の写しを取り寄せること、発行状況等について照会すること及び照会先の都道府県等が当該資料を提供することに同意します。

広島県知事 様

(照会者 広島県立総合精神保健福祉センター所長)

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 \_\_\_\_\_