

## 同意書

1. 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請（新規・再認定・変更）のために必要のあるときは、受診者および受診者と同一医療保険の加入者について、富士宮市障がい療育支援課職員が税務資料その他の公簿の閲覧・照会等の調査をすることに同意します。

2. 自立支援医療費（精神通院）受給者証を受領する権限を、下記医療機関に委任することに同意します。

〔 南富士病院 ・ 富士リハビリ病院 ・ 鷹岡病院  
大富士病院 ・ 富士メンタルクリニック ・ 中央公園クリニック 〕

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

申請書の提出者 \_\_\_\_\_

申請書の提出者が本人でない場合受診者との続柄  
父・母・夫・妻・子・兄弟・その他（ ）

自立支援医療（精神通院）の更新時期をお知らせする通知を、

（ 受け取ります ・ 受け取りません ）。