

# 照会同意書

兵庫県知事 様

令和 年 月 日

申請者  
氏名

(受診者が18歳未満の場合のみ)  
受診者氏名

新住所

旧住所

令和 年 月 日付の転入手続きに必要な精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療(精神通院)受給者証等に関する内容について、移転前自治体等へ照会することに同意します。

(分かる場合記入ください)

旧手帳番号

旧受給者番号