

同 意 書

令和 年 月 日

滋賀県知事

あて

申請者 氏 名

現 住 所

生年月日 年 月 日

私は、精神障害者保健福祉手帳の都道府県間の住所変更申請について、転居前の自治体に対して転居前自治体において交付されている精神障害者保健福祉手帳の情報を滋賀県知事が私の代わりに交付の依頼およびその交付を受けることについて同意します。

記

精神障害者保健福祉手帳 交付者氏名	
転居前の住所	
転居前で交付を受けた 精神障害者保健福祉手帳 の交付番号	※不明な場合は、空白でも構いません。