同　　意　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

各都道府県知事・政令指定都市市長　殿

自署の場合押印不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | 印 |

　私は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるため、私が貴都道府県（政令指定都市）へ有効期間、障害等級、申請種別、その他必要事項について山梨県へ提供されることについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳氏名 |  |
| 生年月日（大・昭・平・令）　　　年　　　月　　　日生 |
| 転居前の住所 |  |
| 転居前の  手帳の番号 |  |
| ＊不明な場合は空白で構いません。 |
| 保護者氏名  （申請者が18歳未満の  場合のみ記入） |  |