自立支援医療受給者証（精神通院）の有効期間短縮の同意書

佐　賀　県　知　事　　様

令和　　年　　月　　日

私は、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定について、精神障害者保健福祉手帳と同時申請できるよう、すでに交付を受けている自立支援医療費（精神通院医療）支給認定有効期間を短縮し精神障害者保健福祉手帳の有効期間と合わせることに同意します。

また、一度短縮した自立支援医療費（精神通院医療）支給認定有効期間について、審査結果を問わず、元の有効期間には戻せないことについて同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳有効期間終期 | 年　　月　　日 |
| 短縮したい自立有効期間の終期 | 年　　月　　日 |

申請者（申請者が18歳未満の場合は保護者）

氏　　名

住　　所

電話番号

|  |
| --- |
| 市町受理印 |
|  |