山 梨 県 知 事　殿

自立支援医療受給者証（精神通院）有効期間短縮承諾書

私は，精神障害者保健福祉手帳の有効期限と自立支援医療受給者証（精神通院）の有効期間終期を一致させ，次回精神障害者保健福祉手帳と同時申請するため，自立支援医療受給者証（精神通院）の有効期間短縮を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| [[1]](#footnote-1)希望有効期間終期 | 令和　　年　　月　　日 |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |

令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 市町村受付印 |
|  |

申請者氏名

1. 本申請は精神障害者保健福祉手帳の有効期限が1年未満である場合に申請可能となりますので、申請の際はご確認をお願いいたします。また、希望有効期間終期は精神障害者保健福祉手帳の有効期間終期となりますので、ご留意ください。 [↑](#footnote-ref-1)