

自立支援医療受給者証（精神通院）有効期間短縮承諾書  
（次回，医療・手帳同時申請設定用）

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。

希望有効期間終期	年 月 日
----------	-------

広島県知事様

年 月 日

申請者氏名