

同意書

年 月 日

神戸市長 宛

私は、神戸市における自立支援医療（精神通院医療）支給認定を申請するにあたり、転入前の自治体に対して、自立支援医療（精神通院医療）支給認定時に提出した、診断書・意見書の写しの提供、支給認定内容の照会を依頼することに同意します。

申請者（受診者）

氏 名 _____

生年月日 _____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 月 日

住 所 _____

移転前の居住地 _____

※ 保護者（受診者が 18 歳未満の場合）

氏 名 _____

住 所 _____