

(県外転入者用)

同意書

私は、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請にあたり、十日町市長が、
_____ あてに、私の自立支援医療（精神通院）診断書等の写しにつ
いて請求することに同意します。

平成 年 月 日

(同意者)

氏 名 ⑩

生年月日 昭和 年 月 日

住 所