

第 21 号様式

自立支援医療費（精神通院医療）診断書の写し等の提供に関する同意書

私は、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の申請にあたり、十日町市長が前居住地の自治体に対し、医師診断書・意見書の写しの請求及び支給認定に必要な認定内容を照会すること並びに前居住地の自治体が認定内容を回答することに同意します。

十日町市長 様

年 月 日

(受診者本人)

現 住 所	
ふりがな 氏 名	
生 年 月 日	
転入前の住所	

・受診者が 18 歳未満の場合又は同意書を提出した人が申請者本人でない場合は、以下を記入してください。

住 所	
氏 名	
申請者との関係	