

## 自立支援医療診断書（写し）の提供等に関する同意書

横浜市長

私は、自立支援医療（精神通院医療）支給認定の申請にあたり、横浜市が転入前の自治体に、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に同意します。

年 月 日

現住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

転入前の住所 \_\_\_\_\_

保護者（受診者が18歳未満の場合）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_