同　意　書

仙台市長　様

私は、仙台市における自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請に当たり、転入前の自治体に対して、申請時に提出した診断書及び意見書の写しの提供を依頼すること、また、その他必要な事項に関する情報を照会することに同意します。

令和　　年　　月　　日

受診者

住　　所

氏　　名

生年月日

保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください）

住 所

氏 名