自立支援医療診断書（写し）の提供に関する依頼及び同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　岩手県県央保健所長　様

　　　　　現住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　生年月日

　　　　　転居前の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊転出前の受給者証番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 |

私は、岩手県において自立支援医療（精神通院）を申請するにあたり、　　　　　　　　での受給状況に関する情報が必要であるため、関係情報の提供（承認期間及び診断書の写し）を依頼するとともに、　　　　　　　　から岩手県に関係情報を提供することについて同意します。