

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、
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。