

## 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 \_\_\_\_\_

