

自立支援医療診断書（写し）に関する同意書

令和 年 月 日

大 和 市 長 殿

現 住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____

転入前の住所 _____

転入前の自立支援医療受給者番号 _____

私は、神奈川県において自立支援医療を申請するにあたり、転入前自治体にて自立支援医療申請時に提出した「自立支援医療診断書」の写しが必要であるため、この診断書の写しの取り寄せを依頼するとともに、大和市から神奈川県に診断書の写しを提供することについて同意します。