

自立支援医療費（精神通院医療）

認定情報の閲覧及び提供に関する同意書

長 殿

上 田 市 長 殿

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定にあたり、私が申請した診断書等の資料について上田市が に照会し、長野県へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

現住所

旧住所

(受診者) 氏名

自立支援医療費（精神通院医療）

認定情報の閲覧及び提供に関する同意書

(前住所地名) 長 殿

上 田 市 長 殿

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定にあたり、私が申請した診断書等の資料について上田市が(前住所地名)に照会し、長野県へ提供することに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

現住所 上田市〇〇 〇〇〇〇

旧住所 □□市〇〇 〇〇〇〇

(受診者) 氏名 上田 太郎