

## 自立支援医療診断書（写し）の提供等に関する同意書

横浜市長

私は、自立支援医療（精神通院医療）支給認定の申請にあたり、  
横浜市が転入前の自治体に、医師診断書・意見書の写しの請求及び  
支給認定に必要な認定内容を照会することに同意します。

年 月 日

現住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

転入前の住所 \_\_\_\_\_

保護者（受診者が18歳未満の場合）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_