

(別紙様式1)

同意書

()市(町・村)長様

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費の支給認定に関して必要があるときは、私の診断書等について()市(町・村)が、官公署等に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求めることに同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

受付印