

医師意見書・診断書等の提供同意書

私は、障害者総合支援法における自立支援医療費を受給するため、転入前市町村（転入前都道府県）がつくば市に診断書の写し等、その他必要な事項について情報を提供することに同意します。

年 月 日

申請者（本人）

氏名

住所 茨城県つくば市