

# 同意書 (転入用)

私は、船橋市における自立支援医療(精神通院医療)支給認定を申請するにあたり、転出元の自治体において提出した診断書・意見書の写し等について、船橋市に提供することを同意します。

令和 年 月 日

(現住所)千葉県船橋市

(氏名)

(生年月日) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

(転居前住所)

\* 受給者が18歳未満の場合は下欄もご記入ください

(保護者住所)千葉県船橋市

(保護者氏名)