

## 医師の意見書・診断書等照会同意書

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、中野市長が移転前の居住地市町村で支給認定を受けたときに提出した診断書等、必要な事項について照会し、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

申請者（障がい者本人）

氏名 \_\_\_\_\_

住所 長野県中野市 \_\_\_\_\_

---