

(転入者用)

同 意 書

令和 年 月 日

浜松市長 様

住 所
同意者
氏 名 印

私は、浜松市長への自立支援医療費（更生医療）支給認定申請（新規）に当たり、浜松市長が（移転前自治体の長）から私が（移転前自治体の長）に支給認定を受ける際に添付した下記の書類を取り寄せることに同意します。

記

診断書の写し
意見書の写し
「世帯」の所得の状況が確認できる書類の写し
受給者証の写し
その他（ ）

(注) 「世帯」の所得の状況が確認できる書類は、対象年（度）が同じものに限る。