

同意書

令和 年 月 日

私は、沖縄県へ自立支援医療（精神通院）支給認定の申請のため、那覇市障がい福祉課が、転居前の都道府県、または市区町村の担当部署に、診断書等の関係書類の請求及び有効期限等の必要事項について照会し、報告を求めることに同意します。

旧住所

現住所 沖縄県那覇市

氏名

生年月日(M.T.S.H) 年 月 日

那覇市役所障がい福祉課給付 1G
沖縄県那覇市泉崎 1 - 1 - 1
098-862-3275