

## 同意書（前自治体照会用）

私は、千葉市転入に伴う精神障害者保健福祉手帳の交付申請又は自立支援医療（精神通院）の支給認定申請を行うにあたり、交付・支給認定状況、医師の診断書その他の必要な情報について、転入前の自治体へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者（本人）

現住所

氏名

印

（自署又は記名押印）

生年月日

年 月 日

前住所