

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

同意書

(都道府県・指定都市照会提供用)

相模原市が、転入前の都道府県又は指定都市に対し、指定難病医療費助成制度に係る情報につき報告を求めること、及び相模原市が転入前の都道府県又は指定都市に対し、相模原市における指定難病医療費助成制度に係る情報を提供することに同意します。

年 月 日

相模原市長 あて

(患者本人)

転入前の受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

患者氏名

患者生年月日 年 月 日

転入前の住所

(保護者)※患者が18歳未満の場合に記入してください。

保護者氏名

転入前の住所

患者との続柄