

照会同意書

岩手県久慈保健所長 様

令和〇年 〇月 〇日

青枠のなかをご記入ください。

本人が18歳未満の場合は
申請者は保護者名、受診者氏名
に本人名をご記入ください。

申請者

氏名 岩手 太郎

(受診者が18歳未満の場合のみ)

受診者氏名 岩手 太郎

新住所 久慈市川崎町〇-〇

旧住所 〇〇市〇〇町〇-〇

令和〇年 〇月 〇日付の転入手続きに必要な精神障害者保健福祉手

帳・自立支援医療（精神通院）受給者証等に関する内容について、移転前自

治体等へ照会することに同意します。

(分かる場合記入ください)

旧手帳番号 〇〇〇〇〇

旧受給者番号 〇〇〇〇〇

以前の手帳や受給者証の番号が分から
ない場合は未記入でよいです。