主治医意見書等の提供に関する同意書

 霧島市長 様

私は、障害者総合支援に基づく各種手続きのために、関係機関に対し「主治医意見書」の写しを、霧島市から提供することに同意します。

 年　 　月　　 日

記

【提供先医療機関名】

【対象者】

受給者番号：

住 　　 所：

生年月日 ： 　明治・大正・昭和 　　　年　 月　 日

氏名（署名）

※代筆の場合

本人書写困難のため、私が上記署名欄に記入しました。

代筆者氏名（署名）

本人との関係 ≪　　　　　　　　　　　　　≫