

【転入者用】

# 同 意 書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請にあたり、八王子市が転出元の自治体から必要な情報提供を受け、支給認定することについて同意します。

年 月 日

八王子市長 殿

申請者  
住 所  
氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

患者氏名