

令和 年 月 日

## 同意書

多賀城市長 殿

現住所 多賀城市

前住所

氏 名

保護者  
続 柄 ( )

私は宮城県多賀城市に転入し、引き続き自立支援医療費（精神通院医療）の利用を希望するため、県外からの住所変更手続きに必要な下記の書類を多賀城市が前住所地の市区町村から取り寄せることに同意します。

### 記

- 1 診断書の写し
- 2 受給者証の写し
- 3 その他 ( )