同　意　書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第54条の規定に基づく自立支援医療費の支給認定（以下「認定」という。）のため、　　に対し、　　での認定状況について照会し、及び認定に係る診断書等の必要資料の提供を求めることについて同意します。

年　　月　　日

岩手県知事　様

住　所

氏　名

印