

# 照会同意書

岩手県久慈保健所長 様

年 月 日

申請者  
氏 名

(受診者が 18 歳未満の場合のみ)

受診者氏名

新住所

旧住所

年 月 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

旧受給者番号