

# 承 諾 書

令和 年 月 日

中央市福祉事務所長 殿

支給申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

私は、障害者総合支援法の規定に基づく自立支援医療等に係る前居住地市町村における支給決定に関する支給申請者の個人情報について、中央市が前居住地市町村（ ）から提供を受けることを承諾します。