

【区外からの転入者用】

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、豊島区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

豊島区長 殿

申請者
住 所
氏 名

印
(自署の場合は押印不要)

受診者氏名