第９号様式（第21条関係）

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、杉並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

杉並保健所長　宛

申請者
住　所
氏　名

受診者氏名