

年 月 日

県外転入手続同意書

(あて先) 松本市長

現住所 松本市

前住所 _____

氏名 _____ 印

私は、_____年 月 日付で長野県松本市に転入し、引き続き、自立
支援医療費(精神通院)の利用を希望するため、県外における住所変更の手続きに
必要な医師の診断書等を松本市が前住所地から、取り寄せることに同意します。