様式第７号（第４条関係）

個人情報提供同意書

　精神障害者通院医療費助成事業の受給資格決定及び支給決定に関わる個人情報の取り扱いについて、安来市福祉課が閲覧することに同意します。

　　年　　月　　日

住　所　安来市

氏　名

（記名押印又は署名）

安来市長　様