

(依頼年月日)

年 月 日

情報提供依頼書

島根県立こころの医療センター 様
(地域生活支援室)

申請者 (患者様ご本人)
■氏 名 (自 署) _____
■生年月日 昭和・平成 年 月 日 _____
■住 所 〒 _____
■電話番号(※日中つながる番号) _____
(ご本人が署名できない場合)
■申請代行者氏名 (続柄) () _____

上記の者に対する以下の情報提供をお願いします。

なお、目的外のことに使用することはありません。

必要とする 資料の内容	1 障害年金診断書の写し 2 その他 ()
情報提供目的	1 障害基礎年金等申請にかかる診断書作成のため 2 その他 ()
資料の提出先	・ () 病院・クリニック ・ ()
資料の送付先 (※上記申請者の住 所と異なる場合)	〒 -

【送付先】

〒693-0032

出雲市下古志町 1574-4

島根県立こころの医療センター

地域生活支援室 宛