

| | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|

同 意 書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、島根県が私の加入する医療保険者に報告を求めること、また、私の課税状況に関する情報につき、島根県が私の居住地の市町村に報告を求めることに同意します。

年 月 日

島根県知事 様

本 人 (受診者)

住 所

氏 名

法定代理人 (保護者) ※

住 所

氏 名

(本人との続柄 :)

※ 法定代理人欄は、被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等）に加入している場合は、被保険者の氏名を記入してください。