

同 意 書

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療の給付を受けるにあたり、私の医療保険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

受 給 者

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者 ※受給者が被保険者の場合は記載を省略できます

住 所 _____

氏 名 _____

法定代理人 (※)

住 所 _____

氏 名 _____

(本人との続柄：)

※法定代理人とは、代理人の一種で法律により代理権を有することを定められた方のことです。(法定代理人・・・親権者、未成年後見人、成年後見人など)
受給者が未成年の場合は、保護者の氏名等を記入してください