

同意書

小児慢性特定疾病医療支援を受けるにあたり、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、次に掲げることに同意します。

- 1 一宮市が、私の加入する医療保険者に報告を求めること
- 2 私の加入する医療保険者が、一宮市に情報提供すること

年 月 日

(あて先)一宮市保健所長

受療者

住 所

氏 名

法定代理人(保護者)

住 所

氏 名