

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、松江市が私の加入する医療保険者に対して認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

(あて先) 松江市長

本人 住所  
(受診者)  
氏 名

被保険者 住所  
氏 名

(本人との続柄: )

生年月日 年 月 日

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1月1日時点  
の住所\*

現住所と異なる  
場合のみ記載

※1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、  
7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所を記載してください。