

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

法定代理人 住所
（保護者）※
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。