

同意書

小児慢性特定疾病医療費の給付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、長崎市が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が長崎市へ回答することに同意します。

令和 年 月 日

長崎市長 様

保険者の長 様

受給者

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

印

(本人との続柄：)

※法定代理人とは、親権者又は未成年後見人