

# 同意書

小児慢性特定疾病に係る医療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、川越市が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

年 月 日

(提出先)

川 越 市 長

受診者本人 住 所  
氏 名

申請者(保護者等) ※受診者と同じ保険の被保険者、世帯員、組合員

住 所  
氏 名

(本人との続柄: )