

# 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当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、愛媛県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

愛媛県 保健所長 様

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄： )

※記入不要（愛媛県記載欄）

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