

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、静岡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。

令和 年 月 日

静岡県知事 様

住 所

（ふりがな）

氏 名

印

法定代理人

住 所

（ふりがな）

氏 名

印

（本人との続柄： ）

※以下の欄は記入しないでください

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 保健所名 | | 受給者番号 | |
|------|--|-------|--|