# 同　　意　　書

小児慢性特定疾病医療支援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、加入する医療保険者に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

（宛先）松本市長

（対象患者氏名）

住　　所

氏　　名

（法定代理人（対象患者が未成年の場合の親権者等））

住　　所

氏　　名

（本人との続柄：　　）

---

（この欄派が松本市が記入します。）

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 加入する医療保険 | 種別 | 協・組・共・国・国組・後 | 受給者番号 | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | |