

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、旭川市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。

平成 年 月 日

旭川市長 殿

住 所 旭川市

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所 旭川市

氏 名

印

(本人との続柄:)

(自署の場合は押印不要)