

## 医療保険者への情報確認のための同意書

小児慢性特定疾病医療費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、下関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。

年 月 日

(宛先) 下 関 市 長

対象患者

住 所

氏 名

法定代理人（申請者等）※

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

※対象患者と異なる場合に記入