

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、港区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

港区長 あて

受給者（患児（者））

住 所

氏 名

法定代理人（申請者）

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--