

# 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、いわき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

いわき市長 様

## 【受診者】

住 所

氏 名

## 【法定代理人】

住 所

氏 名

(受診者との続柄： )