

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、愛媛
県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

愛媛県 保健所長 様

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄：)

※記入不要（愛媛県記載欄）

--	--	--	--	--	--	--

