

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、熊本市が私の加入する医療保険者に報告を求めるここと及び、私の加入する医療保険者が熊本市へ報告することに同意します。

年 月 日

熊本市長 (宛)

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄 :)