

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、佐賀県が私の加入する医療保険者に報告を求め、情報提供を受けることに同意します。

年 月 日

佐賀県知事 様

受診者 住所
氏名

法定代理人 住所
(保護者) 氏名

印(記名押印又は自署の印)

(本人との続柄:)

保健福祉事務所確認記入欄	
受給者番号(確認している場合)	
保険者名	