

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)

※同上可（住所が受診者と異なる場合は記載）

氏名

(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	