

同 意 書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定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、函館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

函 館 市 長 様

申 請 者

住 所

氏 名

受診者との関係（続柄）

受 診 者

住 所

（申請者と同じ場合は「同上」で可）

氏 名