

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、盛岡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。

令和 年 月 日

盛岡市長 様

(児童等)

住 所

氏 名

(保護者等)

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄：)