

同意書

小児慢性特定疾病に係る医療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、横須賀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。

横須賀市長 殿

令和 年 月 日

対象児氏名

被保険者（申請者）住所

横須賀市

被保険者（申請者）氏名

印

（自署の場合は押印不要）

対象児との続柄
