

第3号様式(第6条関係)

同意書

小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の給付を受けるにあたり、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、中野区が私の加入する医療保険者に報告を求めらるることに同意します。

年 月 日

中野区長あて

受給者(患児(者))

住 所

氏 名

保護者等(申請者・被保険者・成年患者)

住 所

氏 名

(受給者との続柄:)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--