

同 意 書

小児慢性特定疾病医療費に係る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、群馬県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

群馬県知事 殿

< 患児又は成年患者 >

住 所

氏 名

(受給者番号 :)

< 法定代理人 > (親権者、後見人など)

住 所

氏 名

(本人との続柄 :)