

## 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。

令和〇年〇月〇日

群馬県知事 殿

< 患児又は成年患者 >

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

氏 名 群馬 太郎

(受給者番号: ※新規申請及び転入者については、記入不要。)

< 法定代理人 > (親権者、後見人など)

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

氏 名 群馬 次郎

(本人との続柄: 父 )

※成年患者については、記入不要。