

同 意 書

小児慢性特定疾病医療支援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及び高額療養費に関する情報につき、名古屋市が私の加入する医療保険者に報告を求めることかつ提供することについて同意します。

年 月 日

名古屋市長 殿

加入保険者 殿

住 所

氏 名印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 (親権者又は後見人)

住 所

氏 名印

(本人との続柄：) (自署の場合は押印不要)