

同 意 書

小児慢性特定疾病に係る医療費の助成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、郡山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。

年 月 日

郡 山 市 長

住 所
(患者の氏名)
氏 名

法定代理人

住 所
(保護者の氏名)
氏 名