

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

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって法定代理人が同意する場合は、以下も記入してください。

法定代理人

住 所
(保護者の氏名)
氏 名