

# 同 意 書

小児慢性特定疾病医療に係る医療の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  
ついて、相模原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

相模原市長 あて

[受給者]

住 所 相模原市 区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

[法定代理人（親権者等）]

住 所 相模原市 区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄： )

\* 〈注〉 受給者が18歳未満の場合は、[法定代理人（親権者等）]の欄も併せてご署名ください。(受給者の欄は代筆で構いません)