

# 同意書

小児慢性特定疾病医療支援事業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き、福島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 年 月 日

福島県知事 様

**受診者** 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

**法定代理人** 住 所 \_\_\_\_\_  
(保護者※) 氏 名 \_\_\_\_\_

【受診者本人との続柄： \_\_\_\_\_】

(注) 受診者住所氏名欄、及び法定代理人欄ともご記入ください。

※ 「保護者」とは、親権者または未成年後見人のことを指します。