

同意書

特定医療費（指定難病）の支給を受けるにあたり、堺市が私の加入する医療保険者に対して必要な情報を提供し、所得区分に関する情報や保険給付内容等について、報告を求めることに同意します。

年 月 日

堺市長 様

●受診者
住所 〒

フリガナ
氏名

生年月日

●被保険者 氏名 (※受診者と被保険者が同じ場合は省略可)

※受診者が18歳未満のときは、保護者等の同意も必要ですので、記入してください。

保護者等 住所 〒

保護者等 氏名

受診者との続柄