

## 情報提供同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、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、八戸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

(あて先) 八戸市長

対象児童等

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

申請者(保護者)

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

(本人との続柄: )