

(別紙)

## 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当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や所得区分を確認するために必要な情報につき、山梨県が私の加入する医療保険者に対し情報の提供を求めるとや所得区分の報告を求めらるることに同意します。

平成 年 月 日

山梨県知事 殿

受給者本人

住 所

氏 名

印

(自著の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(自著の場合は押印不要)