

同 意 書

小児慢性特定疾病の支給認定にあたり、滋賀県が私の加入する医療保険者に所得区分に関する情報について報告を求めることについて同意します。

また、小児慢性特定疾病の療養費支給を受けるにあたり、滋賀県が私の加入する医療保険者に保険給付内容について報告を求めることについて同意します。

令和 年 月 日

滋賀県知事 様

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄：)