

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

7

同意書

特定医療費（指定難病）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、特定医療費（指定難病）の療養費支給を受けるときにあたり、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同意します。

令和 年 月 日

滋賀県知事 あて

(受給者本人)

住 所

氏 名

※受給者本人が未成年者の場合には法定代理人(保護者等)の同意も必要です
下記に記載をお願いします。

(法定代理人)

住 所

氏 名

(本人との続柄：)