

同意書

小児慢性特定疾病医療費に関わる医療の給付を受けるに当たり、私（受診者）の医療保険上の所得区分に関する情報につき、高知県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

高知県知事 様

受診者 住所

氏名

受診者が未成年等の場合は、以下に法定代理人（保護者等）を記入してください。

法定代理人 住所

氏名

（本人との続柄： ）