

# 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につき、秋田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

(宛先) 秋 田 市 長

受給者本人

住 所  
氏 名

受給者番号

---

法定代理人

住 所  
氏 名

(本人との続柄： )

**記入例**

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につき、秋田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

(宛先) 秋 田 市 長

受給者本人

受給者情報を記入

住 所 秋田市〇〇1丁目1-1  
氏 名 秋 田 未 来  
受給者番号 \_\_\_\_\_

法定代理人

被保険者(国保は世帯主)

住 所 秋田市〇〇1丁目1-1  
氏 名 秋 田 太 郎  
(本人との続柄： 父 )