

# 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、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、以下の2点に同意します。

- 1 長野市が、私の加入する医療保険者に照会を行うこと
- 2 私の加入する医療保険者が、長野市に回答を行うこと

年 月 日

(宛先) 長野市長

受診者本人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

法定代理人 (申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄: \_\_\_\_\_)