

受給者番号 _____

(すでに医療受給者証をお持ちの方)

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成制度に係る医療の給付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、東大阪市が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

(あて先) 東大阪市長

受診者 住 所 _____

氏 名 _____

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

(本人との続柄)