

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、豊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

豊田市保健所長 様

受診者

住 所

氏 名

法定代理人（申請者）

住 所

氏 名