

同意書

私は、指定難病の特定医療費（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、和歌山県が私の加入する医療保険者に報告を認めることに同意します。

年 月 日

和歌山県知事 様

住所

氏名

法定代理人

住所

氏名

(本人との続柄：)