同意書（照会・提供用）

　神奈川県が、転入前の自治体に対し、指定難病医療費助成制度に係る情報（有効期間、疾病名、自己負担上限月額等に係る情報）につき報告を求めることに同意します。

神奈川県知事　殿

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

受給者番号

（分かる場合に記入）

患者氏名

患者生年月日

患者住所

　（転入前の住所を記載してください）

**保護者（以下は、患者が18歳未満の場合に記載してください）**

氏名

保護者住所

（転入前の住所を記載してください）