

第 14 号様式（要綱第 3 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦長型）

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、神奈川県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

神奈川県 保健福祉事務所長殿

住 所
氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人

住 所
氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

（本人との続柄： ）