

第 14 号様式（要綱第 3 条関係）

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。

小児慢性特定疾病受診者（お子さん）のことです。

令和 2 年 8 月 5 日

お住まいの地域を所管する保健福祉事務所名を記載してください。

申請書の日付と合わせてください。

神奈川県 平塚 保健福祉事務所長 殿

受診者（お子さん）の住所・氏名を記入してください。

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-8-7

氏名 茅ヶ崎 花子 印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人

受診者（お子さん）に代わり法律上の権利を行使する方（親権者等）の住所・氏名及び受診者との続柄を記入してください。

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-8-7

氏名 茅ヶ崎 太郎 印

（自署の場合は押印不要）

（本人との続柄： 父 ）

原則、医療費支給認定申請書の申請者の方としてください。

自署、または記名押印のどちらかとしてください。