

様式第7号

医療保険上の所得区分に関する情報提供等についての同意書

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いて、福井市が私の加入する医療保険者等に報告を求めることに同意します。

年 月 日

福井市長 様

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄 :)

印

(自署の場合は押印不要)