

※ 加入する健康保険の種類・番号が変わった方は、ご提出ください。

様式第7号

記入例

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。

福井市長 様

令和7年 6月〇〇日

○ 受給者の氏名を記入してください。

住 所 福井市西木田2丁目8-8

氏 名 福井 一郎

法定代理人

住 所 福井市西木田2丁目8-8

氏 名 福井 花子

(本人との続柄: 母)

○ 受給者が、18歳未満の児童の場合は、申請者が氏名・続柄を記入してください。