

同 意 書

児童福祉法第 19 条の 2 に規定する医療の給付をうけるにあたり、
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、
枚方市が私の加入する医療保険者に必要な情報を提供することに同
意します。

令和 年 月 日

枚 方 市 長 様

受診者 住 所 枚方市_____

氏 名 _____

受給者番号 _____

(すでに医療受給者証をお持ちの方)

申請者 住 所 枚方市_____

(注 1)

氏 名 _____

(本人との続柄)

(注 1) 申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児童等の医療保険の被保険者 (本人) である保護者
となります。児童等が被保険者 (本人) である場合は、児童等の保護者が申請してください。なお、
受診者が成年患者の場合は本人が申請してください。