

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認定に必要な情報を提供し、報告を求め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。