

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

同 意 書

滋賀県知事 様
大津市長 様

私は、特定医療費（指定難病）の支給認定及び療養費支給を受けるにあたり、以下のことに同意します。

- 滋賀県が、私の加入する医療保険者に所得区分に関する情報について報告を求めること
- 滋賀県及び大津市が、私の加入する医療保険者に保険給付内容について報告を求めること
- 大津市が、私及び同一世帯の者の市民税額及び住民票に記載の情報並びに健康保険に関する情報等を確認し、滋賀県知事に報告すること

令和 年 月 日

(受給者本人)

住 所

氏 名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

※受給者本人が未成年者の場合には法定代理人(保護者等)の同意も必要です

下記に記載をお願いします。

(法定代理人)

住 所

氏 名

(本人との続柄：)