

情報提供同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、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、青森県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

青森県知事 殿

受 給 者

住 所

氏 名

(お子さんのお名前)

法定代理人 (保護者の方)

住 所

氏 名

(本人との続柄:)