

同意書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付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

受給者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(本人との続柄：) (自署の場合は押印不要)