

同意書

特定医療費（指定難病）に係る医療の支給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

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

(自署の場合は押印不要)

※患者が未成年の場合は法定代理人の署名が必要となります。