同　意　書

小児慢性特定疾病医療支援に係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、板橋区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

板橋区長　宛

受給者（患児（者））

住所

氏名

法定代理人（申請者）

住所

氏名

（受給者との続柄：　　）

受給者番号								