

様式第34（その2）（第25条関係）

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成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、私は医療保険上の所得区分に関する情報について、鹿児島市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。

申請書記入日と
同日を記入

平成○★年△□月 2日

鹿児島市長 殿

受給対象のお子様を記入

住所 ○○ 3 丁目 45 番 6-789号
氏名 西郷 華子

印 押印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人

住所 同 上
氏名 西郷 利通

印

押印（自署の
場合不要）

（本人との続柄： 父 ）（自署の場合は押印不要）

お子様が加入している医療保険の被保険者を記入
父の医療保険に加入ならば父、母の医療保険に加入ならば母
お子様本人が医療保険の被保険者であれば空欄のまま