

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。

年 月 日

鹿児島市長 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

(本人との続柄： ) (自署の場合は押印不要)