

同 意 書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受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、京都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

(宛先) 京 都 市 長

本人 (受診者)

住 所

(ふりがな)

氏 名

法定代理人 (保護者)

住 所

氏 名

(本人との続柄：)