

同意書

特定医療費（指定難病）の給付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、京都市が私の加入する医療保険者に報告を求めることについて同意します。

年 月 日

京 都 市 長 様

（患者本人）

住 所

氏 名

（法定代理人）※

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

※は、必要な場合に御記入ください。なお、患者本人が18歳未満の場合は、保護者（健康保険の被保険者等）の住所、氏名を御記入ください。

事務処理欄	
加入保険名	
受給者番号	