

所得区分の情報提供に関する同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けるにあたり必要があるときは、私が加入する医療保険上の所得区分に関する情報について、松山市長又はその指定する者が医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

(受診者)

住所 _____

氏名 _____

(受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合)

住所 _____

氏名 _____

(受診者との続柄： _____)