

同 意 書

小児慢性特定疾病医療支援に係る医療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、荒川区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

荒川区長 あて

受診者（対象児童等）

住 所
氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

保護者（申請者・被保険者）

住 所
氏 名

印

（対象児童等との続柄： ）

（自署の場合は押印不要）

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--