

同意書

小児慢性特定疾病に係る医療費助成の給付を受けるにあたり、私の医療保険上の所得区分を京都府が把握するのに必要な、次の手続きがとられることについて同意します。

1 私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、京都府が私の加入する医療保険者に報告を求めること。

2 私の市町村民税課税に関する情報につき、必要な場合は京都府が私の加入する医療保険者に提供すること。

平成 年 月 日

京都府知事 西 脇 隆 俊 様

受給者番号		(新規申請の方は記入不要)
患者	住所	
	氏名	印 (自署の場合は押印不要)
法定代理人 (保護者等)	住所	
	氏名	印 (自署の場合は押印不要) (患者との続柄)

注：患者、法定代理人（保護者等）の両方に記入・押印してください。