

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

同 意 書

難病の患者に対する医療等に関する法律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、静岡市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) 静岡市長

患 者 住 所

患 者 氏 名

法定代理人 (法定代理人のみご記入ください)

住 所

氏 名

(本人との続柄：)