

同意書

特定医療費（指定難病）の支給を受けるにあたり、
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、奈良県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。

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

受診者（患者）

受給者番号

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

氏 名

住 所

法定代理人

氏 名

（本人との続柄： ）

住 所