

# 同 意 書

小児慢性特定疾病医療費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。

年 月 日

奈 良 県 知 事 殿

受診者（患者）

受給者番号

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

氏 名

印

（自署の場合は押印不要です）

住 所

被保険者

氏 名

印

（自署の場合は押印不要です）

住 所

法定代理人

氏 名

印

（本人との続柄： ） （自署の場合は押印不要です）

住 所