

同意書

石川県知事 殿

- ・ 特定医療費（指定難病）
 - ・ 小児慢性特定疾病医療費に係る医療
 - ・ 特定疾患治療研究事業に係る医療
- 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、石川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

住 所

氏 名

法定代理人（本人との関係〔続柄〕： ）

住 所

氏 名

※ 「特定医療費（指定難病）」 「小児慢性特定疾病医療費に係る医療」 「特定疾患治療研究事業に係る医療」のうち、対象となるものに○をすること。（複数選択も可）