

岡山市特定医療費（指定難病）支給認定申請者用

同 意 書

特定医療費(指定難病)の給付を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の適用区分(所得区分)に関する情報につき、岡山市が私の加入する医療保険者に報告を求め、当該保険者がそれに応じることに同意します。

年 月 日

岡山市長 様

患 者

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人(注)

住 所

氏 名

印

(本人との続柄: )

(自署の場合は押印不要)

注) 法定代理人については、患者が未成年である場合には親権者(父母)が、成年被後見人である場合には後見人の方が記入してください。その他の場合は記入不要です。