

# 医療保険者への情報提供等についての同意書

小児慢性特定疾病医療費の給付を受けるに当たり必要があるときは、京都府が私の加入する医療保険者に対し、必要な情報を提供して、私の医療保険上の所得区分に関する情報について報告を求めることに同意します。

年 月 日

京 都 府 知 事 様

受給者番号 (新規申請の方は記入不要)								
受診者 (患者)	住所							
	氏名							
法定代理人 (保護者等)	住所							
	氏名	(患者との続柄 )						