

# 同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に基づく特定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、札幌市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

札幌市長 様

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(本人との続柄: )

(自署の場合は押印不要)