

## 所得区分の情報提供についての同意書

小児慢性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、新潟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。

平成 年 月 日

新潟県知事 様

受診者 住 所  
氏 名 印

受給者番号 

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

法定代理人 住 所  
氏 名 印

(本人との続柄： )