



所得区分照会に関する同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けるに当たり、岐阜市が私の医療保険上の所得区分について調査すること及び当該調査の結果の提供を受けることに同意します。

年 月 日

（あて先）岐阜市長

住 所

受 診 者

法 定 代 理 人

住 所

氏 名

（受診者との続柄： ）

住 所

氏 名

（受診者との続柄： ）

被用者保険に加入している場合は、記載してください。

ふりがな	
被保険者氏名	