

受給者番号

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

同 意 書

難病の患者に対する医療等に関する法律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、浜松市が
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。

年 月 日

(あて先) 浜松市長

患者住所

患者氏名

法定代理人 (法定代理人のみ記入してください)

住 所

氏 名

(本人との続柄 :)