

同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律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及びその所得区分の認定に必要な書類につき、鳥取県が私の加入する医療保険者及び居住地の市町村に報告を求めることに同意します。

また、必要がある場合は、提出及び鳥取県が市町村から取得した所得区分の認定に必要な書類を、私の加入する医療保険者に提供することに併せて同意します。

年 月 日

鳥取県知事様
(患者本人)

住 所

ふりがな

氏 名

(被保険者又は世帯主)

住 所

ふりがな

氏 名

(法定代理人)

住 所

ふりがな

氏 名

(本人との続柄：)