

様式第7号

同 意 書

小児慢性特定疾病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、仙台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 仙台市長

対象児童等

住 所

氏 名

※対象児童等が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって法定代理人が同意する場合は、以下も記入してください。

法定代理人（保護者等）

住 所

氏 名

（自署または記名押印）

（本人との続柄： ）