情 報 提 供 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、青森県

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。

　　年　　　月　　　日

青森県知事　殿

受　給　者

　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

（お子さんのお名前）

　　　　　　法定代理人（保護者の方）

　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

　　　（本人との続柄：　　　）