別記第３号様式

同　　意　　書

　小児慢性特定疾病医療支援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、東京都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

東京都知事　殿

受給者（患児（者））

　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　法定代理人（申請者）

※患者が18歳以上の場合以下は記載不要

　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |