岡山市特定医療費（指定難病）支給認定申請者用

同　　意　　書

　特定医療費(指定難病)の給付を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の適用区分（所得区分）に関する情報につき、岡山市が私の加入する医療保険者に報告を求め、当該保険者がそれに応じることに同意します。

　　年　　月　　日

　岡山市長　様

　　　　　　　　患　者

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(自署の場合は押印不要)

　　　　　　　　法定代理人(注)

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　(本人との続柄: )　　　　　　　 (自署の場合は押印不要)

注）法定代理人については、患者が未成年である場合には親権者（父母）

が、成年被後見人である場合には後見人の方が記入してください。その

他の場合は記入不要です。