別紙様式第７号

同　　意　　書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当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、前橋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）前橋市長

（お子さん）

住　　所

受診者名

　　　　（保険証被保険者の方）

住　　所

氏　　名

（患者本人との続柄：　　　　　　）