

高額療養費の所得区分照会のための
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

青森市長 様

小児慢性特定疾病児童等

住 所
氏 名

法定代理人（小児慢性特定疾病児童等の保護者等）

住 所
氏 名

（本人との続柄： ）