

# 同 意 書

公立学校共済組合和歌山支部長 様

私は、難病医療費助成制度（小児慢性医療費助成制度/特定疾患治療研究事業）に係る医療の給付を受けるに当たり必要があると認めるときは、和歌山県が公立学校共済組合和歌山支部に対して医療保険上の所得区分に関する情報に係る報告を求めた場合、これを提供することに同意します。

また、以後同様の求めがあった場合についても、これを提供することに同意します。

年 月 日

受給者本人

住 所

氏 名

法定代理人（被扶養者または保護者）

住 所

氏 名

（本人との続柄：            ）