

## 同意書

小児慢性特定疾病医療に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、相模原市が私の加入する医療保険者に情報を提供することを同意します。

令和 8 年 4 月 1 日

相模原市長 あて

〔受給者〕

住 所 相模原市 中央 区 中央2-11-15

氏 名 相 模 太 郎

〔法定代理人（親権者等）〕

住 所 相模原市 中央 区 中央2-11-15

氏 名 相 模 一 郎

（本人との続柄： 父 ）

\* 〈注〉 受給者が18歳未満の場合は、〔法定代理人（親権者等）〕の欄も併せてご署名ください。（受給者の欄は代筆で構いません）