

## 保険者への所得区分照会についての同意書

小児慢性特定疾病医療費助成制度に係る医療の給付を受けるに当たり、必要があるときは、宮崎県が私の加入する医療保険者に、医療保険上の所得区分に関する情報を照会することに同意します。

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所 :

氏 名 :

印  
(自署の場合は押印不要)

(法定代理人)

住 所 :

氏 名 :

印  
(自署の場合は押印不要)

本人との続柄: