

同意書

私は、倉敷市へ住所変更したため、_____に提出した小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（写し）、小児慢性特定疾病医療意見書（写し）、自己負担額算出の為の課税証明書等の書類（写し）を倉敷市が_____より受け取り、倉敷市小児慢性特定疾病医療受給者証の作成の資料として使用されることに同意します。

令和 年 月 日

申請者 { 住所
氏名

受診者 氏名