

同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給申請にあたり、川口市が
転出元の自治体から必要な情報提供を受け、支給認定する
ことに同意します。

令和 年 月 日

(宛先)

川口市長

申請者

居住地

氏名

受診者氏名