

様式第34（その2）（第25条関係）

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成事業に係る医療の給付を受けるに当たり必要があるときは、私は医療保険上の所得区分に関する情報について、鹿児島市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

○★年△□月☆◇日

鹿児島市長 殿

受給対象の**お子様**を記入

住 所 鹿児島市山下町11-1 市役所ハイツ101号

氏 名 **鹿児島 一郎**

法定代理人

住 所 **同 上**

氏 名 **鹿児島 太郎**

(本人との続柄： **父** )

お子様が加入している医療保険の**被保険者**を記入

※父の医療保険に加入ならば父、母の医療保険に加入ならば母  
令和5年10月1日時点で18歳、19歳の方でお子様本人が  
医療保険の被保険者であれば記載不要