

同意書

柏市長 あて

柏市特定疾病療養者見舞金の支給を受けるため、千葉県及び柏市保健所に対し、柏市が特定医療費（指定難病）受給者証、特定疾患医療費受給者証、又は柏市小児慢性特定疾病受給者証の記載内容について、調査・照会することを同意します。

年 月 日

住所 _____

対象者氏名 _____ ⑩

生年月日 年 月 日

受給者番号 _____