

同意書（都道府県等照会・提供用）

川崎市が、転入前の都道府県又は政令市（以下「都道府県等」という。）に対し、指定難病医療費助成制度に係る情報（有効期間、疾病名、自己負担上限月額に係る情報）につき報告を求めること、及び川崎市が転入前の都道府県等に対し、川崎市における指定難病医療費助成制度に係る情報（有効期間）を提供することに同意します。

（宛先）川崎市長

年 月 日

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

（分からない場合は記入不要です。）

患者氏名

患者生年月日

転入前住所

保護者（以下は、患者が18歳未満の場合に記載してください）

氏名

転入前保護者住所
