

# 同意書

児童福祉法第 19 条の 2 に規定する医療の給付をうけるにあたり  
必要があるときは、吹田市が認定に必要な受診者及び支給認定基準  
世帯員の所得区分に関する情報を医療保険者に提供し、報告を求め  
ることに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 吹田市長

受診者 住 所 吹田市\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

(すでに受給者証をお持ちの方)

申請者 住 所 吹田市\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄 )