

# 同 意 書

私は、長野県知事が市町村長に対し小児慢性特定疾病医療費支給認定に関する下記の情報を提供することに同意します。

記

## 福祉医療費の支給において市町村が必要となる情報

- 1 氏名及び生年月日
- 2 住所
- 3 認定期間
- 4 自己負担上限月額

年 月 日

長野県知事 殿

住 所 \_\_\_\_\_

受診者（対象患者）氏名 \_\_\_\_\_

※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記入してください。

代理人氏名 \_\_\_\_\_

受給者が医療機関で受けた治療等について、「福祉医療費」・「小児慢性特定疾病医療費」ともに適用となる場合には、「小児慢性特定疾病医療費」が優先されます。

市町村において小児慢性特定疾病医療費の対象者を把握し、小児慢性特定疾病医療費が優先される旨を福祉医療費受給者証に記載することで、医療機関において適正なレセプト請求をすることが可能となります。適正な医療費助成のため、ご協力いただきたくお願い申し上げます。

なお、福祉医療費の受給資格につきましては、お住まいの市町村窓口にお問い合わせください。