

船橋市難病患者援助金支給にともなう、
船橋市小児慢性特定疾病医療受給者証
または船橋市小児指定疾病医療費助成登録証
に関する情報提供についての同意書

私は、船橋市難病患者援助金の支給を受けるにあたり、船橋市が有する船橋市小児慢性特定疾病医療受給者証または船橋市小児指定疾病医療費助成登録証の情報を提供することについて同意します。

船橋市保健所長 あて

令和 年 月 日

【患者】

住所 船橋市

氏名 _____

【保護者】（患者との続柄_____）

住所 _____

※患者と同住所の場合は、同上とご記入ください。

氏名 _____

電話 _____

※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。

※外国籍で住民票（住民基本台帳）に通称名を登録している方は、船橋市難病患者援助金関係書類を送付する際、通称名を併記いたします。