

(様式10)

同 意 書

三重県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、三重県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

三重県知事 あて

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 (保護者、成年後見人等)

住 所

氏 名

印

(本人との続柄:)

(自署の場合は押印不要)