証書・手帳の内容確認のための同意書

 令和　　年　　月　　日

　山　口　県　知　事　　様

 同意者（患者本人又は保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定における重症患者認定申請に当たり、患者本人に関する障害年金証書又は身体障害者手帳の内容について、必要に応じて関係機関に照会されることについて承諾します。