

(別紙)

## 同 意 書

特定医療費の支給（特定疾患治療研究事業に係る医療の給付）  
を受けるに当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、山梨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。

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

氏 名

印

(自著の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(自著の場合は押印不要)