

感染症患者医療費公費負担申請に係る同意書

（ 患者  
又は  
その保護者 ）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

\* 自書による署名の場合は押印不要

生 年 月 日     M ・ T ・ S ・ H     年    月    日

患者との関係    ( \_\_\_\_\_ )

私は、下記の者が個人番号を利用して市町村長から地方税関係情報の提供を受けることについて、同意します。

平成      年      月      日

(個人番号利用者名)

\_\_\_\_\_  
大分県東部保健所長