

(別紙)

## 同意書

肝炎治療特別促進事業による償還払いの支給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、奈良県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

年 月 日

奈良県知事殿

住 所

氏 名

印  
(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印  
(自署の場合は押印不要)