

(育成用)

同意書

児 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

上記児童が、障害者自立支援法第58条第1項に基づく自立支援医療費（育成医療）の給付を受けるにあたり、申請により指定した医療機関あて給付認定内容について通知することに同意します。

記

年 月 日

(保護者)

住 所

氏 名

印