**別紙様式１**

**医療保険上の所得区分に関する情報提供等についての同意書**

**指定難病に係る医療の給付を受けるにあたり、私の医療保険上の所得区分に関する情報の提供等について、福井県が、私の加入する医療保険者等との間で必要な事務手続を行うことに同意します。**

**年　　月　　日**

**福井県知事　　　　　　　　様**

**住　　所**

**氏　　名**

**法定代理人**

**住　　所**

**氏　　名**

**（本人との続柄：　　　）**