

(育成用)

同 意 書

児 名

生年月日

年 月 日

上記児童が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第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。

年 月 日

(保 護 者)

住 所

氏 名

印