

承 諾 書

令和 年 月 日

会津若松市長 室井 照平 様

会津若松市特定疾患患者見舞金の受給資格の認定に際し、市が住民基本台帳の確認及び関係機関（保健福祉事務所・保健所・医療機関等）に必要な情報を確認する事を承諾します。

住 所 会津若松市_____

該 当 者 _____

保 護 者 _____

同一世帯員 _____

*特定医療受給者証または小児慢性特定疾患医療受給者証をお持ちの方は、受給者証の番号を記入してください。

特定疾患 小児慢性特定疾患

受給者証等の番号 _____ 号