

# 同意書

私は、習志野市難病患者見舞金を申請するにあたり、見舞金受給資格を有する期間において、受給する見舞金額を決定するための調査をすることについて同意します。

令和 年 月 日

## 【申請者(療養者)】

住所 習志野市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 【保護者、成年被後見人または代理人】

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_