

## 福島県小児慢性特定疾病階層区分認定承諾書

福島県知事 様

私は、福島県小児慢性特定疾病医療費支給認定の自己負担限度額を決定する市町村民税所得・課税状況を確認できる書類が整わないため、判定できる範囲の中で最上位の区分として認定を受けることを承諾します。

< 申請者 >

令和 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日