同意撤回書　別紙

同意撤回するデータの特定に必要な情報は以下となりますので、正しく記載して下さい。

なお記載頂いた内容は、削除するデータを特定する目的でのみ使用します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請した年 |  |
| 申請した自治体名 |  |
| 疾病名※１ |  |
| 申請年の受給者番号※２ |  |
| 申請時の名前（漢字） | （姓）：　　　　　　　　　　　　　（名）：  |
| 申請時の名前（ふりがな） | （姓）：　　　　　　　　　　　　　（名）： |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 申請時の性別 |  |
| 申請時の住所 |  |
| 申請時の郵便番号 |  |

※１　小児慢性特定疾病情報センターのホームページにてご確認ください。（https://www.shouman.jp/disease/）

※２　受給者証をお持ちの場合は、受給者番号をご記載ください。

申請した年ごとに申請事項が異なる場合には、以下に分けて記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請した年 |  |
| 申請した自治体名 |  |
| 疾病名※１ |  |
| 申請年の受給者番号※２ |  |
| 申請時の名前（漢字） | （姓）：　　　　　　　　　　　　　（名）： |
| 申請時の名前（ふりがな） | （姓）：　　　　　　　　　　　　　（名）： |
| 申請時の性別 |  |
| 申請時の住所 |  |
| 申請時の郵便番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請した年 |  |
| 申請した自治体名 |  |
| 疾病名※１ |  |
| 申請年の受給者番号※２ |  |
| 申請時の名前（漢字） | （姓）：　　　　　　　　　　　　　（名）： |
| 申請時の名前（ふりがな） | （姓）：　　　　　　　　　　　　　（名）： |
| 申請時の性別 |  |
| 申請時の住所 |  |
| 申請時の郵便番号 |  |