

受給者氏名	
-------	--

## 同 意 書

自立支援医療の支給認定にあたり、

春日井市が受給者及び同一医療保険に加入している被保険者の必要な事項（住民基本台帳、市県民税課税状況、医療保険加入状況、各種手当・年金等の受給状況、生活保護受給状況、マイナンバーその他必要な事項）

について、関係機関に調査・照会を行うことに同意します。

また、指定医療機関からの請求に対し、支給内容に関する情報を提供することに同意します。

令和      年      月      日

（宛先）春日井市長 石 黒 直 樹

住 所

氏 名

同意書に署名がない場合は、支給認定がされないことがありますのでご注意ください。

障害年金・遺族年金・労災年金受給の有無について

（番号に      を付けてください。）

1    有      「有」の場合、支給している機関を選択してください。

1    日本年金機構から

2    その他の機関（公務員等の共済組合）から

2    無