

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