

同意書

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定にあたり、必要があるときは、受診者及び受診者の同一世帯員の市町村民税課税状況、住民基本台帳、マイナンバー、健康保険の加入状況、年金等の受給状況について、関係する担当課、その他官公署および情報提供等記録開示システム（マイナポータル）に照会することに同意します。

令和 年 月 日

■ 受診者が18歳未満の場合は保護者の方の住所、氏名および連絡先をご記入ください

(受診者) 住所 _____

氏名 _____

■ 申請者が受診者以外の場合のみ、以下をご記入ください

連絡先 氏名 _____ 関係 _____

(携帯電話) _____

春日部市長あて

--- 自治体記入欄 ---

入力職員名	確認職員名

--- 確認事項 ---

障害年金受給 (非課税年金を除く所得判定が低1の場合)	なし ・ あり (万円/2ヶ月) (級)
所得区分が前回より上がった場合	ご説明済み
受給者証の病院送付 (さいたまメンタル・式場・中村病・中村ク・聖みどり・木村ク・あずみの)	ご案内済み ・ 自宅に送付
医療機関未登録 (登録なしの場合)	名称: _____ ☐
送付先 (住基と異なる場合)	〒 _____
※宛名と住所が分かるように記載してください	