

# 同意書

自立支援医療費（精神通院）の支給認定にあたり、必要があるときは、私及び私の同一世帯員（以下「私たち」という。）の市町村民税課税状況、住民票、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。

また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私たちが同意している旨を伝えて構いません。

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、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 |
|-------|-------|
|       |       |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 医療機関未登録<br>(未登録の場合、チェックを入れる) |  |
|------------------------------|--|