

担当職員名

## 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「私達」という。）の市町村民税課税状況、住民票、マイナンバー、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況について、関係する担当課または、その他官公署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、私達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 \_\_\_\_\_

連絡先 氏名 \_\_\_\_\_

関係 \_\_\_\_\_

(携帯電話) \_\_\_\_\_

春日部市長あて