

受給者氏名

## 同意書

(受給者、配偶者、同居の扶養義務者分)

自立支援医療の支給認定にかかる所得等調査のため、受給者本人、その配偶者、同一医療保険に加入している世帯員について、住民基本台帳、市町村民税の公簿の閲覧を承諾します。

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

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 受けている
- 2 受けていない