

税務情報及び年金情報の閲覧並びに 個人番号の利用に関する同意書

(あて先) 塩 尻 市 長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療費の支給認定時の所得状況の確認にあたり、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する世帯員の市民税の税務情報及び年金受給に係る資料の閲覧と、個人番号を利用した市区町村民税の税務情報及び年金受給情報の照会及び閲覧について同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

(受診者) 氏名 _____ (印)

【記入方法】

- ・ 日付は、この同意書を記載した日を記入してください。
- ・ 受診者と同じ医療保険に加入する世帯員全員の氏名を記入し、押印してください。ただし、氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。