

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、受診者及び同一世帯員の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状況の照会及び閲覧、並びに長野県への提供について同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

ふりがな 氏 名	生 年 月 日
(受 診 者) ㊟	大・昭・平・令 年 月 日
(同一世帯員) ㊟	大・昭・平・令 年 月 日
(同一世帯員) ㊟	大・昭・平・令 年 月 日
(同一世帯員) ㊟	大・昭・平・令 年 月 日
(同一世帯員) ㊟	大・昭・平・令 年 月 日
(同一世帯員) ㊟	大・昭・平・令 年 月 日

※あなたが加入している医療保険の被保険者証（保険証）に記載されている方全員の記載をお願いします。なお、氏名を自署する場合は押印を省略することができます。