

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介護給付費及び訓練等給付費の支給決定に係る負担上限月額、特定障害者特別給付費及び療養介護医療費の認定及び変更にあたり、私と配偶者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 \_\_\_\_\_

(本人) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟ 生年月日 年 月 日

(配偶者) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟ 生年月日 年 月 日

【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。
- ・ 障害福祉サービスを利用する本人の住所、氏名、生年月日と配偶者がいる場合は配偶者の氏名、生年月日を記入し、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。