

## 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

児童福祉法に基づく障害児通所給付費の利用負担上限額の認定、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、特定障がい者特別給付費及び療養介護医療費の認定にあたり、世帯の税務情報及び年金受給情報の照会及び閲覧と、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

---

(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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。
- ・ 利用者が 18 歳未満である場合…本人を含む同一世帯全員の氏名を記入し、押印してください。
- ・ 利用者が 18 歳以上である場合…本人と配偶者の氏名を記入し、押印してください。
- ・ 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。