

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、私は私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。

また、私は私と同じ医療保険に加入している世帯員全員が、自ら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ていることを確認しています。

年 月 日

住 所 _____

ふりがな 氏 名	生 年 月 日
(受 診 者) ⑩	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

※受診者と同じ医療保険に加入している世帯員全員の氏名及び生年月日をご記入ください。また、受診者が氏名を自署する場合は押印を省略することができます。(ただし、住民基本台帳上では別世帯であるが同一医療保険に加入している者がいる場合は、その者の氏名は自署又は押印をお願いいたします。)