

個人番号及び税務情報の閲覧と提供に関する同意書

令和 年 月 日

飯綱町長 あて

障害者の日常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、私の個人番号 及び 令和 年度個人市町村税の税務情報の閲覧 及び 長野県への提供 について同意します。

【受診者（あなた）の住所、氏名】

住所 長野県上水内郡飯綱町大字 _____

氏名 _____

【受診者（あなた）と同じ健康保険に加入している者】

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

※ 受診者（あなた）と同じ医療保険に加入されている者全員の記名をお願いします。