

税務情報及び個人情報閲覧及び提供に関する同意書

上 田 市 長 殿

障害者総合支援法に基づく自立支援医療費の支給認定時の申請に必要な所得状況確認にあたり、私及び私と同じ医療保険に加入している家族（「世帯」）の市町村民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。

また、自立支援医療費の支給認定の申請にあたり、受診者（保護者）及び受診者と同じ医療保険に加入している家族（「世帯」）に関する個人番号の閲覧及び長野県への提供に同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

(受診者) 氏名 _____

※ 受診者が18歳未満の場合は保護者のかたの記名押印をしてください。