

個人番号・保険証・税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

(あて先) 辰野町長

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支給認定に係る所得状況の確認にあたり、私は、私の個人番号、保険証情報、町民税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、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、保険証情報、町民税情報の閲覧及び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 上伊那郡辰野町

氏 名

18歳未満の場合は保護者

保護者氏名

手当の有無： 有（該当する手当に☑をしてください） ・ 無

↓

- 障害年金 遺族年金 特別障害者手当 障害児福祉手当
経過的福祉手当 特別児童手当