

## 税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

辰野町長 様

下記について同意します。(同意するものにレ)

- 障害者自立支援法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、私の令和 年度 町民税の税務情報の閲覧及び長野県への提供
- 障害者自立支援法に基づく自立支援医療費の支給認定申請のため個人番号の閲覧及び確認

令和 年 月 日

住 所 上伊那郡辰野町

(受診者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※ あなたが加入している医療保険と一緒に加入されている方全員が、記名、押印してください。

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、特別児童手当を受給している場合

【 級 円／年】