

税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

飯 田 市 長 様

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、私の 年度個人市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。

年 月 日

1 あなたと同じ健康保険の被保険者及び被扶養者全員の記名、押印をお願いします。

※「世帯」=同じ健康保険に加入している方 但し、未就労の未成年（学生など）は除く。
(生活保護を受けている場合は、「住所」と「受診者のお名前」のみ記入をお願いします。)

住 所：飯田市

(受診者のお名前) 氏名 _____ 印 _____

(世帯の方のお名前) 氏名 _____ 印 _____

氏名 _____ 印 _____

氏名 _____ 印 _____

氏名 _____ 印 _____

氏名 _____ 印 _____

2 下記の年金・手当収入のある方（受診者のみ）は1年間の金額をご記入ください。

下記の収入はなし。

①障害基礎年金 金額 _____ 円 ④遺族基礎年金 金額 _____ 円

②障害厚生年金 金額 _____ 円 ⑤遺族厚生年金 金額 _____ 円

③障害共済年金 金額 _____ 円 ⑥特別障害者手当 金額 _____ 円

※平成 年 1 月 1 日の住所が飯田市以外の場合は、前住所の市民税所得課税証明書（世帯の全員の課税状況が把握できるもの）を添付してください。