

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（受診者）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及び公的年金の受給状況の閲覧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、申請者（申請者が18歳未満の場合はその保護者）に関する個人番号の閲覧に同意します。

令和 年 月 日

住所

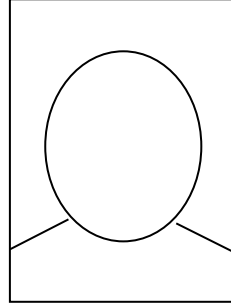
（受診者）氏名

※ 受診者が18歳未満の場合はその保護者の記名をしてください。

添付書類（写し）の貼り付け例

被保険者証

身体障害者手帳



特定疾病療養
受療証
(人工透析患者のみ)

身体障害者 等級表による級別	級
障害名	

再認定 を必要 とする 時期	
-------------------------	--

摘要	
----	--

本人の欄		
本籍		
現住所		