

# 税務情報及び個人番号を含む個人情報の閲覧及び 提供に関する同意書兼提供書

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、申請者（保護者）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。

※ 受診者が18歳未満の場合は保護者のかたの記名をしてください。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

(受給者) 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平 年 月 日

受給者の個人番号（マイナンバー） \_\_\_\_\_

社会保険に  
加入してい  
る方へ

家族の健康保険に加入（被扶養者）しており、被保険者と受給者が異なる場合は、以下の被保険者の情報もご記入ください。

※被保険者とは、会社等に在職して健康保険組合に加入している本人の事です。

(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

被保険者の個人番号（マイナンバー） \_\_\_\_\_

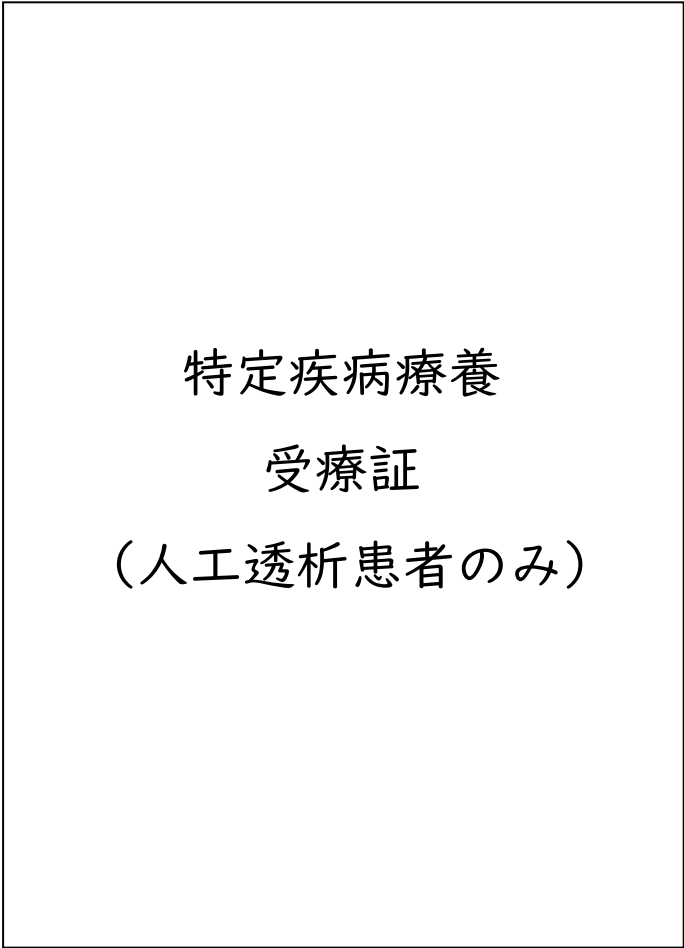
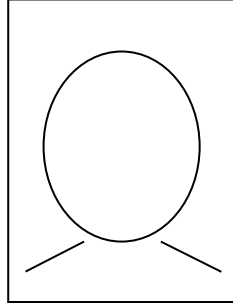
添付書類（写し）の貼り付け例



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		