

税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

信濃町長殿

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所得状況の確認にあたり、私の 年度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。

年 月 日

①あなたが加入している医療保険の被保険者証に加入されている方全員が、記名、押印してください。(18歳未満で収入が無い方は除きます。)

住所 長野県上水内郡信濃町大字 _____

(受診者) 氏名 _____ 印 _____ ※押印又は自署

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

②あなたの収入についてご記入ください。(該当する収入に○をして、1年間の金額を記入してください。)

1 障害基礎年金 金額 _____ 円

5 遺族厚生年金 金額 _____ 円

2 障害厚生年金 金額 _____ 円

6 () 年金 金額 _____ 円

3 障害共済年金 金額 _____ 円

7 特別障害者手当 金額 _____ 円

4 遺族基礎年金 金額 _____ 円

8 () 手当 金額 _____ 円

合計金額 _____ 円