

税務情報の閲覧及び提供等に関する同意書

伊那市長 様

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当たり、私及び同じ医療保険に加入する世帯員の市民税の税務情報及び個人番号の閲覧並びに長野県への提供について同意します。

令和 年 月 日

記入者 本人 本人以外

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

1 同じ医療保険に加入されている方全員の記名をお願いします（未就労の未成年は除く）。

（受診者）氏名 _____

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

氏名 _____ 続柄 _____

2 受給者の収入についてご記入ください。（未成年の場合は保護者）

年金収入等あり

・障害基礎年金	金額 _____ 円	・遺族基礎年金	金額 _____ 円
・障害厚生（共済）年金	金額 _____ 円	・遺族厚生（共済）年金	金額 _____ 円
・特別障害者手当	金額 _____ 円	・特別児童扶養手当	金額 _____ 円
・特別障害給付金	金額 _____ 円	・その他（ _____ ）	金額 _____ 円

※障害年金または遺族年金を受給している場合は、申請時に金額がわかる資料を添付してください。（年金通知書、年金証書、通帳コピー等）

年金・手当なし

※住民税が未申告の場合は、自己負担上限額が 20,000 円となることがあります。（未就労の未成年を除く）

※内容確認のため、お電話させて頂くことがあります。（社会福祉課障害者係（0265-96-8122））