

個人番号 及び 税務情報の閲覧 と 提供に関する同意書

諏訪市長 あて

障害者の日常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、私は、諏訪市が私の個人番号の閲覧及び私の個人番号を活用し関係機関へ所得等の照会を行うことについて同意します。

また、私は、諏訪市が私と同じ医療保険に加入している世帯員全員が、自らの個人番号の閲覧及び自らの個人番号を活用し関係機関へ所得等の照会を行うことについて同意していることを確認しています。

令和 年 月 日

《受診者（あなた）の住所、氏名》

住 所 諏訪市 _____

氏 名 _____

《受診者（あなた）と同じ健康保険に加入している者》

氏 名 _____

※受診者と異なる場合 住 所 _____

氏 名 _____

※受診者と異なる場合 住 所 _____

氏 名 _____

※受診者と異なる場合 住 所 _____

《あなたの年金収入等について》

(該当する収入に○をして、1年間の金額をご記入ください)

障害基礎年金

障害厚生年金

障害共済年金

遺族基礎年金

遺族厚生年金

その他 ()