

個人番号・保険情報・税務情報の閲覧と提供に関する同意書

令和 年 月 日

長野市長 あて

障害者の日常生活及び社会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支給認定に係る所得状況の確認にあたり、私は、私の個人番号・保険情報・税務情報等必要な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、私は私と同じ医療保険に加入している者全員が、自らの個人番号・保険情報・税務情報等必要な情報の閲覧及び長野県への提供について同意していることを確認しています。

1 あなたとあなたと同じ健康保険に加入している者の、記名を願います。

《受診者（あなた）の住所、氏名》

住所			
氏名	生活保護を受けていますか。○をする はい ・ いいえ		

《受診者（あなた）と同じ健康保険に加入している者》

① 同じ保険 加入者	受診者と同じ 住所
	受診者と異なる住所 ⇒以下※記入必要

※住所			
※氏名 フリガナ		※生年月日	

② 同じ保険 加入者	受診者と同じ 住所
	受診者と異なる住所 ⇒以下※記入必要

※住所			
※氏名 フリガナ		※生年月日	

③ 同じ保険 加入者	受診者と同じ 住所
	受診者と異なる住所 ⇒以下※記入必要

※住所			
※氏名 フリガナ		※生年月日	

④ 同じ保険 加入者	受診者と同じ 住所
	受診者と異なる住所 ⇒以下※記入必要

※住所			
※氏名 フリガナ		※生年月日	

2 あなたの年金収入等について記入願います。（該当する収入に○をして、1年間の金額を記入願います。）

1	障害基礎年金	金額	円	4	遺族基礎年金	金額	円
2	障害厚生年金	金額	円	5	遺族厚生年金	金額	円
3	障害共済年金	金額	円	6	()	金額	円

【合計】	金額	円
------	----	---