

個人番号及び税務情報の閲覧と提供に関する同意書

千曲市長 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（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、私の個人番号及び個人市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。

※世帯全員が記名してください。世帯の定義ほか下部の説明をごらんください。

令和 年 月 日

受診者住所 _____

(受診者) 氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

ここでいう「世帯」は、受診者の医療保険により範囲が異なります。

国民健康保険加入者の場合…あなたと同じ健康保険に入っているご家族全員

社会保険加入者の場合…あなたが所有している保険証に「被保険者」（又は「組合員）」と表示された方と、あなたとの両名のこと。あなたが被保険者（又は組合員）であれば、あなたのみを指します。

なお、受診者が18歳未満の場合、受診者と医療費を支払っている保護者等が同一の医療保険に加入していない場合でも、受診者とその保護者等は同一世帯とみなします。

※世帯に、本年（申請する月が1～6月の場合は前年）の1月1日に千曲市に住所がなかった方がいる場合は、その方についての個人番号の記載がない場合、課税証明書[※]を前住所地の役所／役場で取り、添付していただく可能性があります。