

税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

軽井沢町長 殿

障害者自立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、市町村民税の税務情報の閲覧及び長野県への情報提供について同意します。

- ※ あなたが加入している医療保険の被保険者証に記載されている方全員が記名、押印してください。
尚、国民健康保険の場合、1人につき1枚のカード式保険証ですが、国保に加入されている方全員の同意が必要になります。
- ※ 住所は「同上で」結構です。

令和 年 月 日

住所 _____

(受診者) 氏名 _____ 印

住所
氏名 _____ 印

※上記の同意書を提出されない場合は、健康保険証の世帯員全員の所得証明書を提出してください。