

税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

中川村長 様

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、私の令和 年度市町村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。

令和 年 月 日

- 1 あなたと同じ健康保険の被保険者及び被扶養者全員の記名をお願いします。

住所 中川村

(受診者) 氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

- 2 下記の年金・手当収入のある方（受診者のみ）は1年間の金額をご記入ください。

下記の収入はなし。

①障 害 年 金 金額 _____ 円

②遺 族 年 金 金額 _____ 円

③特別障害者手当 金額 _____ 円

※令和 年1月1日の住所が中川村以外の場合は、前住所の市町村民税所得課税証明書を添付してください。