税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

泰　阜　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

住所　　長野県　下伊那郡　泰阜村　　番地

（受診者）　氏名　　印

氏名　　印

氏名　　印

氏名　　印

氏名　　印

※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。