**税務情報の閲覧及び提供に関する同意書**

**飯山市長　あて**

　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。

　令和　　　年　　月　　日

　住　　所

**（受診者）**氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**＊あなたが加入している医療保険と、同じ保険に加入している方全員の、**

**記名、押印をしてください。**