

税務情報・介護保険情報・福祉医療情報の閲覧及び提供に関する同意書

飯 山 市 長 あて

手当受給に基づく所得状況の確認にあたり、受給者本人、配偶者、扶養義務者の令和 年度の税務情報の閲覧に同意します。

なお、入所・入院等による遡及返還をできるだけ避けるため、受給者本人の介護保険情報及び福祉医療情報の閲覧に同意します。

令和 年 月 日

(受給資格者住所) _____

(受給資格者本人氏名) _____ (印)

(配偶者住所) _____

(配偶者氏名) _____ (印)

(扶養義務者住所) _____

(扶養義務者氏名) _____ (印)