

税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

豊丘村長 様

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、私の令和____年度個人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：下伊那郡豊丘村大字

(受診者のお名前) 氏名： _____

(世帯の方のお名前) 氏名： _____

氏名： _____

氏名： _____

氏名： _____

氏名： _____

※ 受診者が加入している健康保険の被保険者証（保険証）に記載されている方、全員の記名をしてください。 ただし、未就労の未成年者（学生など）は除きます。

※ ※令和____年1月1日の住所が豊丘村以外の場合は、前住所の市町村民税所得課税証明書（世帯全員の課税状況が把握できるもの）を添付してください。