

個人番号・保険証・税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

(あて先) 山形村長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）に基づく自立支援医療費の支給認定に係る所得状況の確認にあたり、私は山形村が関係機関へ私の個人番号、保険証情報、市町村民税の税務情報等の閲覧及び長野県への情報の提供について同意します。

また、私は、私と同じ医療保険に加入している世帯員全員が、山形村が関係機関へ自らの個人番号、保険証情報、市町村民税の税務情報等の閲覧及び長野県への情報提供を行うことについて同意していることを確認しています。

令和 年 月 日

受診者（18 歳未満の場合は保護者）

住所 山形村

氏名 印

※ 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

■受診者（18 歳未満の場合は保護者）に以下の収入がある場合、その年額をご記入ください。
（ない場合は「0」とご記入ください。）

① 障害（基礎・厚生・共済）年金 遺族（基礎・厚生・共済）年金	② 特別障害者手当、障害児福祉手当、 経過的福祉手当、特別児童扶養手当	村記入欄
円	円	③ 合計所得 (円) ・ 無
		①～③の合計 80 万円以下 ・ 80 万円超

■所得状況等の確認について

(1) 社会保険・共済等の方（被保険者の課税状況等を確認します。）

被保険者（組合員）氏名	生年月日	村記入欄
	年 月 日	課税：税額控除（ ）所得（ ） 非課税・無・備考（ ）
被保険者が山形村外にお住まいの場合、その住所：		

(2) 国民健康保険・後期高齢者医療の方（受診者及び同一世帯で国保又は後期高齢加入者全員の課税状況等を確認します。）

同一世帯のうち、 国保（又は後期高齢）加入者氏名	生年月日	村記入欄
(受診者)	年 月 日	課税：税額控除（ ）所得（ ） 非課税・無・備（ ）
	年 月 日	課税：税額控除（ ）所得（ ） 非課税・無・備（ ）
	年 月 日	課税：税額控除（ ）所得（ ） 非課税・無・備（ ）
	年 月 日	課税：税額控除（ ）所得（ ） 非課税・無・（ ）
	年 月 日	課税：税額控除（ ）所得（ ） 非課税・無・備（ ）