

税務情報の閲覧等に関する同意書

中野市長様

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 年度市町村民税の税務情報の閲覧及び収入（年金、特別障害者手当等含む）の調査について同意します。

令和 年 月 日

住所 中野市

(受信者) 氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

※ あなたが加入している 医療保険の被保険者証に記載されている方全員が、記名してください。