

税務情報の閲覧に関する同意書

(宛先) 安曇野市長

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時の所得状況の確認にあたり、私および同一医療保険加入者の  
 の 年度市町村民税の税務情報の閲覧について同意します。

年 月 日

受診者（18歳未満の場合は保護者）

住所 安曇野市

氏名 印

■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	市記入欄
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を確認します。）

被保険者（組合員）氏名	生年月日	市記入欄
	年 月 日	課税：税額控除( )所得割( ) 非課税・無・備考( )
被保険者が安曇野市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	市記入欄
(受診者)	年 月 日	課税：税額控除( )所得割( ) 非課税・無・備考( )
	年 月 日	課税：税額控除( )所得割( ) 非課税・無・備考( )
	年 月 日	課税：税額控除( )所得割( ) 非課税・無・備考( )
	年 月 日	課税：税額控除( )所得割( ) 非課税・無・備考( )
	年 月 日	課税：税額控除( )所得割( ) 非課税・無・備考( )