

市民税額等調査承諾書及び個人番号告知

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にかかる自立支援医療（育成医療・更生医療）の受給者月額負担上限額の算定に関し、福祉課で私の世帯全員（同一の医療保険に加入している人）の令和 年度市民税課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、同一の医療保険に加入している人の個人番号を告知します。

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 _____
(署名又は記名押印)

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

(宛先) 上 越 市 長

※記載された個人情報、自立支援医療（育成医療・更生医療）に関する業務以外には使用しません。