【更生医療用】

個人番号の閲覧及び個人番号を活用した所得照会に関する同意書

（あて先）　松本市長

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に基づく自立支援医療費支給認定に係る所得状況の確認にあたり、私は、松本市が私の個人番号の閲覧及び私の個人番号を活用し関係機関へ所得等の照会を行うことについて同意します。

また、私は、松本市が私と同じ医療保険に加入している世帯員全員が、自らの個人番号の閲覧及び自らの個人番号を活用し関係機関へ所得等の照会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。

年　　月　　日

住所　　松本市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印