

同意書

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障害福祉サービスの申請をしていますが、受給者及び世帯員の住民税課税状況並びに受給者の障害基礎年金等公的年金の受給状況、特別障害者手当等、(障害を支給事由とする手当)の受給状況を確認するため、関係課及び関係機関等へ照会することに同意します。(個人番号の記載に関わるものも含む)

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名 印

金 武 町 長 殿

受給者（氏名欄に署名をお願いします。）

No.	氏名	生年月日	印	住所
1		年 月 日		

世帯員（氏名欄に署名をお願いします。）

No.	氏名	生年月日	印	住所
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		
6		年 月 日		
7		年 月 日		
8		年 月 日		
9		年 月 日		

※ 署名は、各世帯員の同意を得て、記載して下さい。
受給者とは；障害福祉サービスを支給される者です。（障害者・障害児の保護者）
世帯員とは：受給者と同じ住民基本台帳（住民票）に属する者