

同意書

宛先

美馬市長

別添の障害福祉に関する申請等に関して、審査・決定等に必要な世帯情報、収入、課税状況・その他の事項について、事務担当者が住民基本台帳、課税台帳等関係帳簿及び住民情報担当課、税務担当部署、社会保険事務所等関係機関において確認・照会することに同意します。

申請書等の内容（該当するものに○）

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス支給 | <input type="checkbox"/> 補装具費支給 | |
| <input type="checkbox"/> 児童通所支援 | | |
| <input type="checkbox"/> 高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児通所給付費 | | |
| <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業 | | |
| <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 | <input type="checkbox"/> 移動支援事業 | <input type="checkbox"/> 日常生活用具等 |
| <input type="checkbox"/> 自動車改造 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | <input type="checkbox"/> 自動車運転免許取得 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

その他

令和 年 月 日

申請者

氏名 _____

配偶者（夫・妻）

氏名 _____