同　　意　　書

特別障害者手当等の支給に関し、下記の事項について貴職が関係

機関に調査・照会することに同意します。

【同意事項】　１．本人及び世帯員（世帯分離含むの住民税課税台帳及び

収入の状況

２．本人の施設への入所状況

３．本人の病院等への入院状況

年　　　月　　　日

能代市福祉事務所長　様

受給資格者 （障がい者）氏名

【同意者】

住　所　　能代市

氏　名

（受給資格者との関係　　　　　　　　　　　　　　　　）

※受給資格者が１８歳未満の場合は、必ず保護者が同意してください。