

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

令和 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。