障がい児世帯用

（あて先）燕市長

**同　意　書**

　本申請にかかる介護給付費，訓練等給付費，特定障害者特別給付費、療養介護医療費及び障害児通所給付費並びに地域生活支援事業の決定（不支給の場合を除く）に必要のあるときは，燕市が私（申請者）及び私と世帯を同一とする者の収入状況について，税務資料その他の公簿等により調査されることについて同意します。

申請年月日　 令和　　　年　　　月　　　日

住所

|  |
| --- |
| 申請者（保護者）同意欄  印  個人番号： |
| 世帯同一者同意欄  印  個人番号： | 世帯同一者同意欄  印  個人番号： |
| 世帯同一者同意欄  印  個人番号： | 世帯同一者同意欄  印  個人番号： |

この同意書は，月額負担上限額の決定やその他の利用者負担軽減を行うために必要なものですので，提出をお願いいたします。