障がい者世帯用

（あて先）燕市長　様

**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及び療養介護医療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）及び配偶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

|  |  |
| --- | --- |
| 本人同意欄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  個人番号： | 配偶者同意欄  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、必ず申請書といっしょに提出してください。