同　意　書

私は、特別障害者手当及び障害児福祉手当等の認定請求時及び受給資格を有する期間において、受給資格者及び受給資格者と同一の世帯に属する者の所得、受給資格、障害の状況その他の審査に必要がある時は、福知山市の担当職員が公簿等を確認すること及び関係機関等照会を行うことにより資料等の提供を受けることについて同意します。

また、上記照会にあたり、関係機関等が資料等を提供することについて同意している旨を関係機関等に伝えてもかまいません。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

年　　月　　日

福知山市福祉事務所長　様

（申請者）　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号											

児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（申請者が１８歳未満の場合）

個人番号											

承諾書（世帯員状況）

氏　　名	続柄	生　年　月　日	個　人　番　号
	世帯主	年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	