

(障害者総合支援法介護給付費・訓練等給付費及び特定障害者特別給付費支給認定用)
(児童福祉法障害児通所給付費支給認定用)

同意書

私は、障害者総合支援法介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費支給申請並びに児童福祉法障害児通所給付費支給申請にあたり、その利用者負担額等の認定のために必要がある時は、私及び私の世帯員の収入の状況、社会保険加入状況等につき、市担当職員が市税務担当課及び市以外の官公署の保有する課税台帳等の税関係公簿、市生活保護担当課の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。

また、必要がある時は官公署、銀行、信託会社、私もしくは私の世帯員の雇用その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

市が必要により行う報告要求に対し、官公署、銀行等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署、銀行等に伝えて構いません。

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

福知山市長 様

(申請者) 住 所

氏 名

児童氏名

(申請者が18歳未満の場合)

承諾書（世帯員状況）

氏 名	続柄	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日