

同意書

令和 年 月 日

深 川 市 長 様

同意者
(受給者)

住 所

氏 名

(受給者が 18 歳未満の場合は、保護者)

同意者

☐ 受給者と同じ

住 所

氏 名

私は、特別障害者手当等の支給決定のために必要があるとき、または受給資格を有する期間において、私及び世帯の課税・収入状況並びに関係資料等を深川市市民福祉部社会福祉課が税担当部署、その他関係機関に確認（照会）することに同意します。

記

○ 確認（照会）事項

- ① 受給者及び扶養義務者（住民票、戸籍）の確認
- ② 収入状況（年金・手当・その他所得状況）の確認
- ③ 施設入所・長期入院等の有無