

同意書

うきは市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第19条に定める介護給付等及び児童福祉法第21条に定める障害児通所給付等の支給決定のために必要があるときは、うきは市福祉事務所が社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村民税担当部署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税、固定資産税、その他各種手当等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住 所: _____

保 護 者 氏 名: _____ 印

児 童 氏 名: _____ 印