

# 同意書

たつの市長 様

令和 年 月 日

申請者 氏名		生年月日	年 月 日
住所			

## 1. 申請者の同意事項 (障害者本人)

(1) 介護給付費・訓練等給付費・療養介護医療費に係る支給申請、負担上限月額に関する設定、通所施設・在宅サービスに関する設定、個別減免に関する設定、特定障害者特別給付費に関する設定、収入申告及び居宅生活支援事業利用申請における下記の事項に係る同意書とすることについて同意します。

- ① 市が、私の住民情報を住民票等公簿等により調査すること。
- ② 市が、私の課税状況を税務資料公簿等により調査すること。
- ③ 市が私の特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当の受給状況を公簿等により調査すること。

(2) 私が、申告した収入等に誤りがある場合、遡って再認定を受けることについて同意します。

(3) 各申請に係る障害福祉サービス費又は居宅生活支援費の支給（不支給の場合を除く。）に必要なときは、私の受給者証に記載された事項及び障害福祉サービス費又は居宅生活支援費の支給のために調査した内容について、私の受給者証に記載された事業者に対し閲覧させることについて同意します。

本人（申請者）同意欄（署名又は捺印）

印

## 2. 申請者と住民票を同じくする配偶者 (申請者は除く。)

(1) 介護給付費・訓練等給付費・療養介護医療費に係る支給申請、負担上限月額に関する設定、通所施設・在宅サービスに関する設定、個別減免に関する設定、特定障害者特別給付費に関する設定、収入申告及び居宅生活支援事業利用申請における下記の事項に係る同意書とすることについて同意します。

- ① 市が、私の住民情報を住民票等公簿等により調査すること。
- ② 市が、私の課税状況を税務資料公簿等により調査すること。
- ③ 市が私の特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当の受給状況を公簿等により調査すること。

配偶者 同意欄（署名又は捺印）

個人番号

--	--