

同意書

私は、障害者総合支援法に関する福祉及び医療サービスの自己負担額を決定するにあたり、私及び配偶者または生計維持者（住民票上の世帯主又は最多収入者）の下記に係る事項について、官公署等に調査を依頼し、又は関係人に報告を求めることに同意します。

記

- ・世帯、所得、課税に関する状況
- ・社会保険に関する状況
- ・行政庁から支給される各種手当、給付金の状況

令和 年 月 日

（対象者）

住 所 _____

氏 名 _____

（配偶者）※配偶者がいる場合

住 所 _____

氏 名 _____

（生計維持者）※児童または20歳未満施設入所者等

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄（ ）

（施設・事業者等）※施設入所者等

住 所 _____

氏 名（代表者） _____

湧 水 町 長 殿