

介護給付費・訓練等給付費・施設訓練等支援費・障害児通所給付費 支給・利用者負担額減額・免除等申請に係る同意書

私は、介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費 障害児通所給付費の支給申請にあたり、その支給決定のため、町担当職員が私及び私の世帯員の収入につき町の保有する課税台帳等の住民税・固定資産税関係公簿、町の保有する生活保護受給者台帳、特別児童扶養手当等の受給者台帳、住民基本台帳等、関係資料を閲覧することについて同意するとともに年金の受給状況についても、関係社会保険事務所又は共済組合に確認されても差し支えありません。

また、住民税関係公簿及び生活保護受給者台帳等が貴町以外の市町村・福祉事務所にある場合には、関係資料について所持している市町村・福祉事務所から貴町に資料提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。
(同意がえられない場合は、別途、住民票や所得証明等を添付いただく必要があります。)

令和 年 月 日

与謝野町長 様

申請者名（障害者・児） 住所 京都府与謝郡与謝野町字

氏名 _____ 印 _____
(記名押印又は自筆による署名)

保護者氏名 印

(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名押印又は自筆による署名が必要です。)

承諾者（住民基本台帳上同一世帯員）