

# 同意書

宛先

美馬市長

別添の障害福祉に関する申請等に関して、審査・決定等に必要な世帯情報、収入、課税状況・その他の事項について、事務担当者が住民基本台帳、課税台帳等関係帳簿及び住民情報担当課、税務担当部署、社会保険事務所等関係機関において確認・照会することに同意します。

申請書等の内容（該当するものに○）

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス支給                | <input type="checkbox"/> 補装具費支給           |                                    |
| <input type="checkbox"/> 児童通所支援                    | <input type="checkbox"/> 重度心身障がい者等医療費助成申請 |                                    |
| <input type="checkbox"/> 高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児通所給付費 |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療費(更生医療・精神通院医療)の支給認定 |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業                  |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業                  | <input type="checkbox"/> 移動支援事業           | <input type="checkbox"/> 日常生活用具等   |
| <input type="checkbox"/> 自動車改造                     | <input type="checkbox"/> 訪問入浴             | <input type="checkbox"/> 自動車運転免許取得 |
| <input type="checkbox"/> その他 .....                 |   |                                    |

その他 .....

令和 年 月 日

申請者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

配偶者

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)