# 同　意　書

年　　月　　日

内　子　町　長　　殿

住　所

氏　名　　㊞

障害者自立支援法に基づく内子町地域生活支援事業の申請にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の課税状況、収入状況等について、関係書類の閲覧、担当課及び他の官公署への照会を行うことに同意します。

| 所　属　世　帯　員　氏　名 | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |