

同 意 書

平成 年 月 日

内 子 町 長 様

住 所
氏 名

印

障害者自立支援法に基づく介護給付費、訓練等給付費、及び施設訓練等支援費の支給認定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。