

# 同意書

身体障害者手帳の取得、障害福祉サービス費・障害児給付費・地域生活支援事業費・自立支援医療（更生医療、育成医療）等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（以下「私達」という。）の市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況、個人番号等について、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

伊奈町長様