

同意書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく介護給付・訓練等給付等に係る利用者負担額（負担上限額）の算定事務に関して額の決定に必要な私及び私の世帯の所得、税額、年金の受給額等、必要な情報について、土佐清水市福祉事務所長が、情報を管轄している税務署及び市町村税務担当課等の関係機関に照会若しくは調査を依頼することに同意します。

令和 年 月 日

土佐清水市福祉事務所長 様

利用者本人 住所

氏名

印

保護者 住所

(扶養義務者)

氏名

印