

同意書

特別障害者手当等受給に係る資格認定事務に関して、認定に必要な私及び私の世帯の所得、税額、年金の受給額等、その他必要な情報について、土佐清水市福祉事務所長が、情報等を管轄している税務署及び市町村の管轄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。

年 月 日

土佐清水市福祉事務所長 様

申請者本人 住所

氏名 印

保 護 者 住所
(扶養義務者)

氏名 印