同　意　書

竹 原 市 福 祉 事 務 所 長　様

障害福祉サービス、障害児通所給付費、地域生活支援事業、療養介護医療費、肢体不自由児医療費、特定障害者特別給付費等の申請に伴い、担当者が私及び私の世帯員の収入、課税等の状況、生活保護の状況、年金・手当の受給状況等について関係機関へ調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所 .....

名前 .....