

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（障害者総合支援法）に基づく障害福祉サービス及び児童福祉法に基づく障害児通所サービスを利用するにあたり、匝瑳市の職員が匝瑳市の保有する税情報及び生活保護に関する情報により、サービス利用者本人の属する世帯の課税状況及び生活保護受給状況について、調査確認することに同意します。

年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
サービス利用者氏名 <small>(18歳未満の場合は保護者氏名)</small>	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所	匝瑳市	

フリガナ		生 年 月 日
対象児童氏名		年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
配偶者氏名	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

※以下は、サービス利用者が18歳未満の場合のみ記入してください。

フリガナ		生 年 月 日
世帯員氏名	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
フリガナ		生 年 月 日
世帯員氏名	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
フリガナ		生 年 月 日
世帯員氏名	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
フリガナ		生 年 月 日
世帯員氏名	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
フリガナ		生 年 月 日
世帯員氏名	⑨ <small>(自署または記名押印)</small>	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日