

所得等の調査に関する同意書

私は、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの申請及び利用にあたり、世帯状況・医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険等の加入状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況・資産及び収入状況の調査について、久米南町が調査すること並びに年金事務所、県等、関係官公署に照会すること及びこれらの機関が回答すること、また、銀行・信託会社・私の世帯員の雇主に報告を求めることに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

久米南町長 様

令和 年 月 日

申請者（利用者が18歳未満の場合は保護者となります）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

利用者（利用者が18歳未満の場合は記入して下さい）

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日