

所得の調査等に関する同意書

益 子 町 長

様

私は、障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく給付費等の支給認定の申請または重度心身障害者医療費助成の申請を行うにあたり、貴下職員が、当該申請に必要な下記受給者及び世帯員の税情報や手当の支給状況などを調査することに同意します。

受 給 者 名	
受 給 者 住 所	

受 給 者 以 外 の 世 帯 員	1	氏 名	
		住 所	
		続 柄	
	2	氏 名	
		住 所	
		続 柄	
	3	氏 名	
		住 所	
		続 柄	
	4	氏 名	
		住 所	
		続 柄	

令和 年 月 日

申請者

町は、調査した税情報等について、当該申請に係る自己負担額の決定等、支給認定事務以外に利用することはありません。また、当該調査により得た税情報等を、第三者に対して開示・提供することは一切いたしません。