

同 意 書

私は、次の障害福祉制度の利用の申込みに当たり、利用の可否および利用者負担等の決定のため守口市の担当職員が、私及び私と同一世帯の人について、守口市の課税台帳等の市民税関係公簿を閲覧すること、また、生活保護の受給者台帳を閲覧することに同意します。

なお、以上のことについては、下記の人の承認を得ています。

申請内容

※当てはまる項目に○をつけてください。

介護給付	訓練等給付
補装具	自立支援医療(更生/精神通院)
地域生活支援事業	日常生活用具
身体障害者手帳診断料助成	NHK受信料の減免
住宅改造助成	重度障害者訪問看護利用料助成
特別児童扶養手当	特別障害者手当・障害児福祉手当等
外国人障害者給付金	その他()

守 口 市 長 様

平成 年 月 日

申請者 住所 _____
 (対象者) (必要な場合: 前住所も併記)

氏名 _____ (印)
 (制度利用者が児童の場合: 児童氏名)

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)
 申請者との関係 []

同一世帯の人(世帯全員が対象となります。)

世帯主 に○印	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	収入の ある人	健康保険(社・国)	
					被保険者	被扶養者
	-----	本 人				

