

同意書

私は、 年度の第 号に係る事務を行うために私および私の世帯に関して必要な情報（住民基本台帳、課税台帳、保険加入状況、所得・収入状況等）について、公簿により確認（照会）することに同意します。

令和 年 月 日

滝川市福祉事務所長 様

・住 所 _____

・氏 名 _____ (年 月 日生)

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 第1号 | 自立支援医療の支給認定申請等 |
| 第2号 | 補装具費支給申請 |
| 第3号 | 日常生活用具給付申請 |
| 第4号 | 腎臓機能障害者通院交通費補助金交付申請 |
| 第5号 | 身体障害者福祉電話設置申請 |
| 第6号 | 特別障害者手当、障害児福祉手当、福祉手当認定請求申請及び所得状況届 |
| 第7号 | 特別児童扶養手当認定請求申請及び所得状況届 |
| 第8号 | その他（ ） |