

(あて先)

大 樹 町 長 様

同 意 書

下記の利用（予定）者にかかる障害福祉サービスの（支給認定）申請
にあたって、月額利用者負担上限額の認定、利用者負担額減額・免除等
の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービスを利用する
間、下記の事項について、貴職が調査することに同意します。

同意事項

個人番号

同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況

令和 年 月 日

利用（予定）者

氏 名

同意者

住 所

氏 名

印

(利用者との関係)

※ この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一世帯に
属する家族が自筆又は記名押印して下さい。