

同意書

鹿島市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

私は、障害者総合支援法（平成17年11月7日法律第123号）に基づく支給決定のために必要であるときは、鹿島市福祉事務所が社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村民税住民部局等官公署等に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税、固定資産税、その他各種手当等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住所：_____

氏名：_____ (印)

(※自筆による署名の場合は、押印省略できます。)