

同 意 書

宇美町長

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第19条に規定する介護給付費等の支給決定、又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の5に規定する地域相談支援給付費等の給付決定のために必要があるときは、関係機関に対し、世帯の構成、年金の受給状況、収入の算定対象となる者の市町村民税額、生活保護受給状況等の必要な情報を照会することに同意します。

年 月 日

（申請者）

住 所： _____

氏 名： _____ 印

（世帯員）

氏 名： _____ 印

氏 名： _____ 印

氏 名： _____ 印

氏 名： _____ 印

氏 名： _____ 印

※ （世帯員）の欄には、次のとおり記入してください。

- ① 申請者が18歳以上（入所施設利用者である場合は、20歳以上）の障害者である場合は、配偶者の氏名のみ記入してください。
- ② 申請者が入所施設利用者であって、20歳未満の障害者である場合、又は支給申請に係る者が18歳未満の児童である場合は、「申請者以外の同一の世帯に属するすべての者」の氏名を記入してください。