同　　意　　書

矢吹町長　様

　障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの支給に係る利用者負担上限月額等の決定に関し、矢吹町が私及び同一世帯者の年金受給の情報、所得及び収入の情報、資産の情報、課税状況等について調査することに同意します。

　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　申請者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）

続柄

（　　　）　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）

（　　　）　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）

（　　　）　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）

（　　　）　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）

（　　　）　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）

（　　　）　　　　　　　　　　　印

（生年月日　　　　　　　　　　　）