

同意書

今般、障がい者（児）福祉に係る事業（制度）において、自己負担額を決定するのに必要である障がい者本人、その扶養義務者の所得を照会（申告書等の複写を含む）することに同意します。

広陵町長 様

〔 所管 福祉部 社会福祉課 〕
〔 障がい福祉担当 〕

年 月 日

（申請者）

住所

氏名

印

（障がい者との続柄）

障がい者氏名