

同 意 書

今般、障がい者（児）福祉にかかる事業（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。

(申請者) 住所 奈良県北葛城郡広陵町

氏名 印 (自署または記名捺印)

保護者氏名 印

(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の自署または記名捺印が必要です。)

令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名	印	生年月日	続柄	住所

※ご本人にお聞きします。

何か年金を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

年金の種類は何ですか？ (老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金)

年金の金額は年間80万円を超えていますか？ (はい ・ いいえ)

(金額確認のために、年金金額のわかる通帳の写し等の書類を添付してください。)

※記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、申請者住所・氏名(保護者氏名)欄は、提出分すべてにご記入ください。