

(あて先)

八 雲 町 長 様

同 意 書

下記の利用（予定）者にかかる障害福祉サービス（支給認定）申請にあたって、月額利用者負担上限額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定および利用者負担額の認定のため、障害福祉サービスを利用する間、下記の事項について、貴職が調査することに同意します。

《同意事項》

- ・ 同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況

年 月 日

利用（予定）者

氏 名 _____

同意者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(利用者との関係 _____)

※この同意書は、利用（予定）者本人または利用（予定）者と同一世帯に属する家族が自筆または記名押印して下さい。