

同 意 書

(提出先) 大阪市長

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による障がい福祉サービスにかかる利用者負担額減額・免除の決定、通所にかかる食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、私及び世帯員の課税状況、収入状況及び介護保険利用状況について、個人番号を用いて、課税台帳、介護保険給付台帳等の関係公簿を照会し、かつ閲覧することに同意します。

年 月 日

住 所 _____

申請者 _____

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下の欄に記入して下さい。
- ② ①以外にも住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

	氏 名	生年月日	年齢	本人との関係	住 所 (申請者と違う場合に記入してください)	
					個人番号	
申請者		. .		/	個人番号	
関係者 (世帯員)		. .			個人番号	※申請書に記載
		. .			個人番号	
		. .			個人番号	
		. .			個人番号	
		. .			個人番号	

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日の属する前年（1月から6月は前々年）の12月31日現在の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数	人
--	---