

(様式第3号)

## 同 意 書

補装具費の支給にかかる利用者負担上限月額の算出のために、私及び次の世帯員の課税状況等について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿を照会かつ閲覧することに同意します。

以上の内容については、次の世帯員全員の承諾を得ています。

- 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ください。  
ただし対象者が18歳以上の場合は、本人及び配偶者のみ下の欄に記入してください。

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  
いれば記入してください。

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	年齢	住 所 (申請者と異なる場合に記入してください)	
		・ ・		個人 番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
		・ ・		個人 番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
		・ ・		個人 番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
		・ ・		個人 番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
		・ ・		個人 番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名

## 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