

同意書

(提出先)大阪市 区保健福祉センター所長

重度障がい者日常生活用具給付等にかかる支給要件の確認と利用者負担上限月額算出のために、私及び以下の世帯員全員について、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。

また、支給要件の確認と利用者負担上限月額算出のために必要な所得税額については、市民税情報より算出したものを適用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。

市民税情報より算出した所得税額については、実際に課税されている所得税額とは異なる場合があり、決定内容に差異が生じることがあります。

年 月 日

住 所 _____

申請者氏名 _____

申請者の1月1日時点の住所

現住所と同じ	(住所)
--------	------

申請者の前年1月1日時点の住所

現住所と同じ	(住所)
--------	------

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。

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	年 齢	生年月日	対象者との 関係	住 所 (申請者と異なる場合に記入してください)
申請者					/
	個人番号				
対象者					現住所 1月1日時点 前年1月1日時点
	個人番号				
関係者 (世帯員)					現住所 1月1日時点 前年1月1日時点
	個人番号				
					現住所 1月1日時点 前年1月1日時点
	個人番号				
					現住所 1月1日時点 前年1月1日時点
	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
--	---

(個人番号等確認資料)

個人番号カード・通知カード・運転免許証・障がい者手帳(身体・精神・療育)・健康保険資格確認書・その他(