

同意書

嘉麻市長 様

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法律に基づく利用者負担額認定のために必要があるときは、年金事務所、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、私と私の世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税の必要な情報を照会することに同意し、依頼します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

連絡先