

# 同 意 書

障がい福祉サービス（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・障害児通所給付費）の支給申請にあたり、負担上限月額の算定のため、私と私の属する世帯の所得及び課税情報について、調査閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

山陽小野田市長 様

(申請者) 住 所

氏 名

印