

同意書

北中城村福祉課において障害福祉サービス・補装具費給付・障害児通所支援給付・日常生活用具給付・地域生活支援事業・重度心身障害者医療費助成等の申請を行いますが、申請の際に必要な受給者及び世帯員の住民基本台帳、国民健康保険資格状況、住民税課税状況、受給者の合計所得金額、受給者の障害基礎年金等の受給状況、並びに特別障害者手当等（障害を支給事由とする手当）の受給状況を確認するため、福祉課職員において関係各課及び年金事務所等関係機関へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者

住 所

氏 名

印

北中城村長 殿

受給者

No.	氏 名	生年月日	印	住 所
1				
2				

世帯員

No.	氏 名	生年月日	印	住 所
1				
2				
3				
4				
5				
6				

受給者とは：介護給付費・訓練等給付費・特例介護給付費・特例訓練等給付費・療養介護医療費・地域相談支援給付費・高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児通所給付費・補装具費・障害児通所支援給付費・日常生活支援事業・地域生活支援事業・医療費助成の支給を受ける方です。

(支給を受ける者が18歳未満の場合は、支給を受ける児童の保護者です。)

世帯員とは：受給者と同一の住民基本台帳（住民票）に記載されている方全員です。