

# 同意書

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 障害児通所給付等) を受給するにあたり、下記のことについて同意します。

## 記

- ・私の世帯の住民基本台帳について確認すること。
- ・私の世帯の収入状況、課税状況及び固定資産について確認すること。
- ・私の世帯の南房総市国民健康保険税の納入状況について確認すること。
- ・障害福祉サービス決定に係る受給者証等の写しを、指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示すること。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日