

同意書

茂原市福祉部長 様

障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく障害福祉サービス、
地域生活支援事業及び障害児通所支援事業の申請にあたり、貴職が
利用者負担上限月額等の決定のため、下記のことについて調査を行
うことに同意します。

記

1. 世帯状況及びその世帯の市民税課税状況
2. 生活保護受給の有無

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

児童氏名 _____

(申請に係る障害児氏名)