　　　　　　　　　　同　意　書

　障害福祉サービスに係る利用者負担額の見直し及び介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費の申請にあたり、障害福祉課において利用者及び配偶者の課税状況・生活保護受給状況・手当・保険料等を調査することに同意いたします。

　　令和　　年　　月　　日

　　あて先　　松戸市長

　　　　　　　申請者（本人）　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　（本人の配偶者）　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）