

# 所得・税額等調査同意書

平成 年 月 日

竹田市福祉事務所長 様

障害福祉サービス利用に係る利用者負担額認定のため、世帯状況・所得課税状況・各種手当受給状況の調査について同意します。

申請者	住所	
	氏名	①
	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平

※利用者が18歳以上の場合にあつては、利用者本人が記名押印をしてください。

※利用者が18歳未満の障がい児にあつては、保護者が記名押印をしてください。

世帯員	氏名	本人との続柄	生年月日
	①		明・大 年 月 日 昭・平
	①		明・大 年 月 日 昭・平
	①		明・大 年 月 日 昭・平
	①		明・大 年 月 日 昭・平
	①		明・大 年 月 日 昭・平

※利用者が18歳以上又は20歳以上の入所施設利用者の場合にあつては、

配偶者が同意のうえ記名押印をしてください。

※利用者が18歳未満の障がい児又は18歳以上～20歳未満の入所施設利用者の場合にあつては、

世帯員全員が同意のうえ記名押印をしてください。