

# 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

障がい児通所支援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	印		
	生年月日	明・大 昭・平	年	月 日

※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歳未満の場合にあつては、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		
	印		明・大 昭・平	年	月 日
	印		明・大 昭・平	年	月 日
	印		明・大 昭・平	年	月 日
	印		明・大 昭・平	年	月 日
	印		明・大 昭・平	年	月 日

※利用者が18歳以上の場合にあつては、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。