砂川市福祉事務所長　様

同　意　書

下記の利用（予定）者にかかる障害児通所サービスの（支給認定）申請にあたって、月額利用者負担上限額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害児福祉サービスを利用する間、下記の事項について、貴職が調査することに同意します。

　同意事項

　　　同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況

　　年　　月　　日

利用（予定）者

氏　名

同意者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との関係　　　　　）

※　この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一

世帯に属する家族が自筆又は記名押印して下さい。