

砂川市福祉事務所長 様

## 同 意 書

特別障害者手当・障害児福祉手当・福祉手当の受給資格認定等  
のために必要がある時は、私の世帯の課税状況につき、貴職が税  
務関係当局に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)