

令和 年 月 日

同意書

佐渡市長 あて

特別障害者手当等の受給要件の確認のため、受給期間中に必要があるときは、私の世帯及び生計同一世帯の扶養義務者等の戸籍、住民基本台帳及び課税状況等について、公簿等で確認することに同意します。

住 所 佐渡市

受給資格者
(本人)
氏名

生年月日 大正 昭和 年 月 日
平成 ()

保護者
氏名

連絡先 — —

(注意)

- ・氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。
- ・障害児福祉手当を申請の場合は、受給資格者氏名欄に対象児童の氏名を、保護者氏名欄に保護者の氏名をそれぞれ記入してください。
- ・受給期間中、世帯に市外から転入された方がいる場合は、別途所得証明書等が必要になります。
- ・扶養義務者等は、配偶者及び民法第877条第1項に定める扶養義務者で、かつ受給者と生計を同じくする又は生計を維持する方をいいます。(例) 配偶者、兄弟姉妹、3親等以内の直系血族
- ・扶養義務者等は、同一世帯のほか、世帯を分けて実際には同居している方、住民票上は別であっても実際には同居している方が含まれます。