同　　意　　書

私、並びに私と同一世帯又は生計を同一にする下記の者は、（　特別障害者手当　・　障害児福祉手当　・　経過的福祉手当　）申請に関する下記の事項について、調査することに同意します。

①　所得に関すること・・申告の有無、申告番号、所得税額、市町村民税額（所得割額・均等割額）　所得税額確認は賦課資料閲覧による調査を含む

②　住民票に関すること・・氏名、性別、生年月日、続柄、現住所、異動自由、異動年月日

年　　月　　日

平戸市福祉事務所長　様

申請者　住　　所

氏　　名　　印

申請者と同一世帯又は生計同一の者の氏名　　（申請者との続柄）	申請者と住所が異なる場合は住所記入
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	
印　　（　　）	