

# 同 意 書

鞍 手 町 長 殿

令和 年 月 日

私は、障害者総合支援法第19条に定める介護給付費・訓練等給付費及び児童福祉法第21条の5の2に定める障害児通所給付費等の支給決定のために必要があるときは、日本年金機構、各種共済組合又は各市町村の税・住民部局・介護保険部局・福祉部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、介護保険利用者負担額、収入の算定対象となる者の市町村民税額、生活保護受給状況、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、障害児通所給付費支給決定に係る概況調査・障害児の調査項目（5領域11項目）の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

(世帯員の名簿)

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_