**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

　　　　　　　個人番号

（世帯員の名簿）

　　　　　　　氏　名

　　　　　個人番号

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　個人番号

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　個人番号

　　　　　　　氏　名

　　　　　　　個人番号

※署名又は記名・押印