

同意書

私は、特別障害者手当・障害児福祉手当・福祉手当（経過措置分）の支給に係る所得状況調査に際して、必要事項（扶養義務者等の分を含む）については、貴職が各関係機関に対し関係書類及び情報の提供を受け、それにより審査を行うことに同意します

年 月 日

朝来市福祉事務所長 様

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____