同　　意　　書

私は、特別障害者手当等に係る申請にあたり、その認定のために、香芝市社会福祉課職員が私及び私の配偶者または扶養義務者の収入につき、課税台帳等を閲覧することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

（受給資格者）　住所　奈良県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印（自署または記名捺印）

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印 ※障害児福祉手当の場合のみ

令和　　年　　月　　日

以下は　受給資格者の方の配偶者または扶養義務者　の方の名前をご記入ください。

（フリガナ） 氏名	印	生年月日	続柄	住所