

調 査 同 意 書

私は、障害福祉サービスまたは障害児通所支援の支給決定及び、利用負担金額の算定並びに利用負担軽減を受けるため、個人番号及び算定に必要な情報等など、その他、市において確認できるものについて、調査することに同意します。

なお、他市町村への個人番号による情報照会の必要がある場合におきましても、併せて同意します。

平成 年 月 日

<申請者>

氏 名 _____ 印

住 所 _____