豊岡市長　様

　　　年　　月　　日

同　意　書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立支援医療費・補装具費・高額障害福祉サービス等給付費の支給認定にあたり、私の収入状況及びその他の必要な事項について、市が税務情報等を確認することに同意します。

（同意者）　住　所

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

※各自、自署または記名・押印でお願いします。