同　意　書

　下記により、調査の権限を平田村健康福祉課長に委任します。

記

１.調査内容　　　①所得、課税状況（本人及び扶養義務者の前年分の所得額）

２.調査が必要な理由

　（１）身体障害者福祉法に係る福祉制度の申請（更新）のため

□　重度心身障害者医療受給申請

　　　　□　人工透析患者通院交通費補助金申請

□　在宅重度障害者対策事業申請

■　障害児福祉手当・特別障害者手当等申請

（２）障害者総合支援法に係る福祉制度の申請のため

　　□　介護給付申請

　　□　訓練給付申請

　　　□　地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援・訪問入浴・手話通訳派遣）申請

□　補装具費の支給（修理）申請

　　　　□　自立支援（更生・育成・精神通院）医療受給申請

□　日常生活用具給付（貸与）申請

□　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（４）母子保健法に係る福祉制度の申請のため

　　　□　養育医療受給申請

□　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（５）各種福祉関係手帳（受給者証）の取得により受けられるサービス利用のため

　　　　□　自動車税・自動車取得税の減免に係る生計同一証明書発行申請

□　ＮＨＫ放送受信料の減免申請

□　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　令和　　年　　月　　日

住所　　平田村大字　　　　　　　字

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話