課税・所得調査同意書

私は、次に掲げる事項の決定等に際し、貴福祉事務所長が官公署に調査を依頼し、私及び私の世帯員の課税・所得の状況について調査することを同意します。

記

□　身体障害者（児）の**補装具**交付に係る本人負担額の算定のため
□　身体障害者の**更生医療**給付に係る本人負担額の算定のため
□　重度障害者等**日常生活用具**給付等に係る受領者負担額の算定のため
□　**特別障害者手当等**支給に係る所得制限該当・非該当の確認のため
□　在宅重度障害者家族介護**慰労手当**支給に係る所得制限該当・非該当の確認のため
■　**地域生活支援事業**制度（移動支援事業、地域活動支援センター事業、訪問入浴サービス事業及び日中一時支援事業）に係る利用者負担額の算定のため
□　（　　）

平成　　年　　月　　日

北上市福祉事務所長　様

住　所

氏　名　　㊞