同　意　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

士幌町長　髙　木　康　弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　同意者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

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基づく申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴町が確認（照会）することに同意します。

また、貴町の確認（照会）に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。