

# 同意書

自立支援給付・地域生活支援事業・障害児通所給付・相談支援給付関係サービスの申請に関して、私の世帯の町税等についての調査に同意します。また、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、個人番号を利用することに同意します。

平成 年 月 日

長与町長 様

住 所 長与町

申請者 \_\_\_\_\_ 印

## ●世帯員(申請者と同一世帯・同一生計の方)

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

氏名 : \_\_\_\_\_ 印