

同 意 書

広 川 町 長 殿

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法律及び児童福祉法に基づく利用者負担額認定のために、各市町村税・住民部局等官公署に対し、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ 印 _____

連絡先 _____

この同意書は、月額負担上限額の決定やその他の利用者負担軽減を行うために必要なものです。収入の認定に必要な書類(町民税課税・非課税証明書、収入額が確認できる書類等)を揃えていただいた場合は、提出の必要はありません。