

# 同意書

特別障害者手当および障害児福祉手当所得状況届の要件の確認のために、私の住民基本台帳及び課税状況を、担当者が閲覧することに同意します。

魚沼市長 様

年 月 日

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
本人 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(配偶者) 住所 \_\_\_\_\_  
本人の夫または妻 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(扶養義務者) 住所 \_\_\_\_\_  
本人の父母、子、兄弟、孫 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

同意書に署名・捺印がない場合は、「住民税所得課税証明書」が必要となりますので念のため申し添えます。