

# 同 意 書

(福祉サービス)

私は、障害者総合支援法第20条又は児童福祉法第21条の5の2の規定による福祉サービスの支給等を受けるため、所得状況その他必要な事項を照会することについて同意します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

※申請者本人による自署の場合、押印を省略することができます。