

住民基本台帳及び課税状況確認同意書

福祉サービス	<input type="checkbox"/> 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よる <input type="checkbox"/> 自立支援医療の支給 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業 ( ) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付 <input type="checkbox"/> 障がい者手当等交付 <input type="checkbox"/> ( )	の申請にあたり
--------	--	---------

住民基本台帳及び徴収に係る負担能力の確認に必要と認められる諸事務  
 に関し、守谷市福祉事務所長に調査を委任することに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住 所 守谷市

氏名 ⑩

電話番号 — —

●障害年金等の受給の有無  
 有（下記に記入してください） ・ 無

年金種別 等級	障害（基礎・厚生）年金			遺族（基礎・厚生）年金
	1	2	3 級	
年金額（年額）	円			円