

世帯調査同意書

障害者総合支援法および児童福祉法の申請に係る私及び私が属する世帯構成員の市町村民税の課税状況(申請を行う年の1月1日現在申請を行う市町に住所を有する人に限りま
す)、および所得状況・所得課税状況・特別(児童扶養)障害者手当等の額、並びに生活保護
受給の有無(福祉事務所を設置している市町のみ)又は国民健康保険加入情報について、市
(町)が必要と認める場合にはその所有する個人情報により調査・確認することに同意します。
また、この調査・確認にあたり私が属する世帯構成員の同意も得ています。

なお、社会保険事務所等に年金などの照会をする場合にも同意します。

私が、虚偽の申請をした場合、支給決定日にさかのぼって差額の自己負担額を支払うこと
に同意します。

年 月 日

神石高原町長 様

サービス利用者(住民票の住所を記入)

住 所 _____

氏 名 _____

1 世帯の状況等について ※本人のみの場合は、以下の記入はいりません。

	氏 名	生年月日	本人との関係
支給申請に係る 障害者本人			本人
			本人の配偶者
世帯			

世帯の範囲

18歳以上の障害者(施設に入所する18、19歳を除く):障害者本人とその配偶者

(ただし、生活保護受給世帯については、住民基本台帳での世帯)

障害児(施設に入所する18、19歳を含む):保護者の属する住民基本台帳での世帯