

同意書

私は、当該障害者の自立支援医療給付・補装具費給付・日常生活用具給付の申請にあたり、構成世帯員の市民税課税状況について、障害者支援課担当職員が課税担当課保管資料を利用することに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 流山市健康福祉部長

住 所

氏 名 印

続 柄

障害者氏名