

同意書

特別障害者手当、障害児福祉手当、福祉手当(経過措置分)の認定請求及び所得状況届に関し、私及び私の扶養義務者の所得などの状況について、税務情報、住基情報などにより調査されることに同意します。

平成 年 月 日

四條畷市福祉事務所長 あて

住所 四條畷市

氏名 ㊟

氏名 ㊟

氏名 ㊟

入所・入院確認票

・施設入所 (特別障害者手当・ 障害児福祉手当・ 経過的福祉手当受給者)	1. 入所している。(施設名：) 2. 入所していない。
・入院 病院に継続して 3ヶ月を超えて入院 (特別障害者手当受給者)	1. 入院している。または、入院していた。 (病院名：) (平成 年 月 日～平成 年 月 日まで) 2. 入院していない。

平成 年 月 日

下記は記入の必要がありません。

受付	
----	--