様式第55号（第6条関係）

同　意　書

春日市福祉事務所長　殿

私は、児童福祉法第２１条の５の５に規定する障害児通所給付費等の支給認定のために必要があるときは、関係機関に対し、障害児通所給付費の決定に関する資料、世帯の構成、年金の受給状況、収入の算定対象となる者の市町村民税額及び収入（障害年金、老齢年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等を含めた収入の合計額）、生活保護受給状況等の必要な情報を照会することに同意します。

年　　月　　日

申請者	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
対象児童	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員①	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員②	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員③	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		

障害児通所給付費に係る世帯員の考え方は以下のとおりです。
①同一住民票の世帯員全員（未成年を含む）
②単身赴任等により、別住所に居住している父母等の生計中心者