

同 意 書

春日市福祉事務所長 殿

私は、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第 19 条に規定する介護給付費等の支給決定、又は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第 51 条の 5 に規定する地域相談支援給付費等の給付決定のために必要があるときは、関係機関に対し、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、生活保護受給状況及び収入（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）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	

介護給付費等の支給申請に係る世帯の考え方は以下のとおりです。

- ①申請者が18歳以上（入所施設利用者である場合は20歳以上）である場合：申請者及び配偶者
- ②申請者が入所施設利用者かつ20歳未満の障害者である場合：同一住民票の家族全員
- ③支給申請に係る者が18歳未満の児童である場合：同一住民票の家族全員