同　　意　　書

特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当受給資格調査のため、仙北市福祉事務所担当者が私の住民基本台帳及び所得・課税状況を閲覧することに同意します。

仙北市福祉事務所長　　様

令和　　　　年　　　　月　　　　日

（申　 請 　者）　　　　住　所

氏　名

（配 　偶 　者）　　　　住　所

氏　名

（扶養義務者）　 　 　住　所

※申請者の父母、

子、兄弟、孫 　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）