

## 自己負担額決定に係る課税状況等調査同意書

障害福祉サービス等の自己負担額の認定にあたり、私の属する世帯の市民税課税状況及び所得等の状況について、関係機関に照会・調査することに同意します。

令和 年 月 日

名 取 市 長 あて

申請者 住所 .....

氏名 .....

(本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)