

同意書

令和 年 月 日

登別市長 様

受給資格者

住 所 登別市 町 丁目 番地

氏 名

(受給資格者が 20 歳未満の場合は、保護者氏名)

特別障害者手当・障害児福祉手当・福祉手当の受給に基づく所得状況の確認に当たり、受給資格者本人、配偶者、扶養義務者の所得・収入の状況に関する税務情報につき、貴市が閲覧することに同意します。