同　　　　意　　　　書

私は、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律による補装具に係る申請にあたり、利用者負担月額認定のために、　明日香村職員が私及び私の世帯員の収入につき明日香村が保有する課税台帳等の村民税関係公簿及び生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。なお、以上の内容については同一世帯員の承認　　を得ています。

令和　　年　　月　　日

（申請者）住　　　所　　明日香村大字

　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　印（自著または記名捺印）

（同一世帯員）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 住所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、

申請者住所・氏名（保護者氏名）欄は、提出分すべてにご記入くださ

い。