

同意書

特別障害者手当、障害児福祉手当、福祉手当(経過措置分)の認定請求及び所得状況届に関し、受給者及び受給者の扶養義務者の所得などの状況について、税務情報、住基情報などにより調査されることに同意します。

年 月 日

四條畷市福祉事務所長 あて

住所 四條畷市

氏名

連絡先

入所・入院確認票

<p>特別障害者手当または 障害児福祉手当受給者</p> <p>施設入所</p>	<p>1. 入所している。 (施設名：)</p> <p>2. 入所していない。</p>
<p>特別障害者手当受給者</p> <p>病院に継続して 3ヶ月を超えて入院</p>	<p>1. 入院している。または、入院していた。 (病院名：) (年 月 日～ 年 月 日まで)</p> <p>2. 入院していない。</p>