

同意書

特別障害者手当、障害児福祉手当、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や年金受給などの状況について、税務情報、住基情報または必要に応じて他の関係公募を調査・照会・閲覧又はマイナンバーによる情報照会で調査することに同意します。

令和 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

・施設入所 特別障害者手当または 障害児福祉手当受給者	1. 入所している。 (施設名：) 2. 入所していない。
・入院 病院に継続して 3ヶ月を超えて入院 特別障害者手当受給者	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) 2. 入院していない。

—

公的年金受給届

年金の受給状況	受給している・受給していない・申請中
年金の種類	