様式第３号（第３条関係）

同　　意　　書

　障害者総合支援法（障害者福祉サービス）の支給に係る利用者負担額決定に関し、小野町が

私及び同一世帯者の年金受給の情報、所得及び収入の情報、資産の情報、課税状況等について

調査することに同意します。

　　年　　月　　日

申請者

住　所

氏　名 ○印

（生年月日 ）

続柄

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）