

# 同意書

(宛先) 今治市福祉事務所長

私が利用しようとする障害者施策において必要のあるときは、私及び私の世帯員の必要な課税資料等を福祉事務所が閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

続柄 \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)