

村山市長 様

## 同 意 書

下記の申請者にかかる特別障害者手当等の認定を行う際に必要な、所得税等の課税状況(同一世帯者を含む)を確認するため、貴職が確認できる書類で調査することに同意します。

記

申請者氏名

\_\_\_\_\_ (生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

年 月 日

同 意 者

住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_

(申請者との関係 )