

# 同意書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 殿

(支給申請者又は支給申請に係る児童)

(住所)

(氏名)

上記の者に対する障害児通所給付費の支給決定に関して、課税資料を閲覧することに同意します。

(申請者本人)

氏名

印

続柄

住所

(世帯員)

氏名

印

続柄

住所

(世帯員)

氏名

印

続柄

住所

(世帯員)

氏名

印

続柄

住所