

特別障害者手当

世帯調書および同意書

氏名	続柄	生年月日	前年中の収入の有無	勤務先・学校等	自宅電話番号	前年中、一関市に住所がなかった方は○印をつけてください。
	(受給者)		有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			

現況

現在の状況	・在宅 ・施設入所中 ・病院入院中 ・その他 ()
	※入所・入院先施設名 ()

同意書

特別児童扶養手当等の支給に関する法律第37条に基づき、受給者の手当の支給要件の確認のため官公署等に、必要な住民票・課税資料等の書類の提供依頼や閲覧を行うことについて同意します。

また、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第1条に規定する国民年金法、厚生年金保険法、船員保険法に基づく障害年金の受給権有無の資料の提出について、社会保険事務所等に依頼することについて同意します。

年 月 日

住所

氏名

Ⓜ

法廷代理人の場合受給者との続柄 ()

一関市福祉事務所長 様

※法定代理人とは親権者・未成年後見人・成年後見人等民法で定められた代理人のこと