

同意書

私は、特別障害者手当・障害児福祉手当の認定請求及び受給にあたり、下記事項に同意します。

記

- 1 受給資格者（請求者）本人、その配偶者及び扶養義務者の所得状況や公的年金の受給状況について、貴所が官公署、年金事務所、又はその他の関係機関へ当該内容を照会すること。
- 2 受給資格者（請求者）本人の障害程度、病院等への入院状況、施設への入所状況について、貴所が官公署、病院、施設、又はその他の関係機関へ当該内容を照会すること。
- 3 次のことについて、届出すること。また、届け出た内容について、貴所が官公署、年金事務所、病院、施設、又はその他の関係機関へ照会すること。
 - (1) 前年の所得状況（毎年8月12日から9月11日の間）
 - (2) 氏名、住所、振込用銀行口座の変更
 - (3) 配偶者又は扶養義務者の異動（死亡、結婚、離婚等）
 - (4) 受給資格に該当しない事由がある場合
(特別障害者手当・障害児福祉手当受給者共通)
 - ① 施設に入所したとき
 - ② 障害の程度が法施行令第1条に掲げる状態に該当しなくなったとき
 - ③ 死亡したとき
(特別障害者手当受給者のみ)
 - ④ 病院又は診療所に3か月を超えて入院したとき（介護老人保健施設を含む）
(障害児福祉手当受給者のみ)
 - ⑤ 20歳に到達したとき
 - ⑥ 障害年金等を受給したとき
- 4 1から3までの内容について、貴所が官公署、年金事務所、病院、施設、又はその他の関係機関へ内容を照会する場合にこの同意書を提示し、また、私が同意している旨を照会先に伝えること。

令和 年 月 日

受給資格者（請求者）

住所

氏名

電話番号

受給資格者の同一世帯の世帯員

氏名

(続柄)

氏名

(続柄)

氏名

(続柄)

氏名

(続柄)

届出人

住所

氏名

電話番号

沖縄県中部福祉事務所長 殿