

情報提供に関する同意書

特別障害者手当等受給中の住所変更に伴い、沖縄県中部福祉事務所が手当受給要件を確認するために、転出元手当実施機関に対して照会し、認定関係資料の送付を求めることに同意します。

〈受給中の手当〉

特別障害者手当

障害児福祉手当

経過的福祉手当

令和 年 月 日

沖縄県中部福祉事務所長 様

住所:

受給者

氏名:

印

電話:
