**同　意　書**

私は、障害福祉サービス及び障害児通所支援等の給付申請にあたり、向日市長の指定した市担当職員が私及び私の世帯員の住民税の課税状況、認定に係るサービスの利用状況について、課税台帳、介護保険給付台帳等の関係公簿を照会し、閲覧または必要な資料の提供を各関係部署に求めることに同意します。また、必要に応じて申請情報やサービス利用状況について各関係機関へ情報提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

令和　　　　　年　　　　　月　　　　日

（宛先）向日市長　様

（申請者）　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（記名押印又は自筆による署名）

保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（申請者が１８歳未満の場合は保護者氏名の記名押印又は自筆による署名が必要です）

承諾書（住民基本台帳同一世帯員）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続　柄 | 住　所 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**委　任　状**

代理人　（住所）

（氏名）

私は、上記の者を代理人として、以下の権限について委任します。

□　介護給付費、訓練等給付費、利用者負担額減額・免除等に関する申請

□　障害児通所給付費支給、利用者負担額減額・免除等に関する申請

□　計画相談支援・障害児相談支援給付費支給に関する申請

□　地域生活支援事業に関する申請

□　高額障害サービス等給付費、高額障害児（通所・入所）給付費に関する申請

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和　　　　　年　　　　月　　　日

申請者　（住所）

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞