（別紙３）

同　意　書

鳥取市長　　様

私は、今後、障害福祉サービス、障害児通所給付費及び鳥取市地域生活支援事業の支給決定を受ける際に必要となる負担上限月額の算定に関し、鳥取市が私及び私の同一世帯の住民情報、収入、課税状況について、税担当部署等関係機関に照会することについて同意します。

年　　月　　日

（申請者）

住　所：

氏　名：　　印

※利用者が 18 歳未満の場合は、保護者が申請者

（利用者）

氏　名：

申請者との関係：

※利用者が 18 歳未満の場合のみ記入。

本同意書は、負担上限月額の算定以外の目的に使用することはありません。