（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。