**所得状況等の調査に関する同意書**

特別障害者等手当の認定請求にあたっては、私、配偶者及び世帯員全員の所得に関し、貴町で課税台帳等書類を閲覧し、所得状況の調査を行うことに同意します。

　令和　　年　　月　　日

（申請者）（住所）隠岐の島町

　　　　　　　（氏名）

　　　申請者が１８歳未満の場合の保護者

　　　　　（保護者住所）隠岐の島町

　　　　　（保護者氏名）

　　　　　（申請者との関係）

隠岐の島町長　様