

課税状況等に関する調査同意書

給付を受ける者（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※ 市 処 理 欄			
氏名	市民税額		
	所得割	扶養控除廃止前額	均等割

木更津市福祉部障がい福祉課職員が、上記の者の福祉に関する給付等の決定のために必要であるときは、木更津市で保管する私及び私の世帯の課税資料・公的給付内容・住民基本台帳情報・世帯状況・資産状況について閲覧することを同意いたします。

令和 年 月 日

木更津市福祉事務所長 様

○ 生計同一の世帯員（18歳以上）

氏 名 _____ 印 _____

○扶養している世帯員（18歳未満）

氏名（ ）生年月日（H・R 年 月 日）年齢（ ）才

※障害福祉サービスや地域生活支援事業の利用者負担額は障がい者本人及び配偶者の市民税所割額で判断いたします。なお、18歳未満の障がい児は世帯全員の市民税所割額で判断いたします。