

# 個人情報閲覧等承諾書

私は、自立支援法に基づく制度利用について申請しましたが、この申請に必要なとする「申請者及び同一世帯内」に係わる次の情報について、障がい福祉担当職員が閲覧、照会又は提供することを同意します。

- 1 税務情報について閲覧すること
- 2 障害者年金に関する情報（種類・等級等）を関係機関に照会すること
- 3 世帯情報（生活保護受給の有無）を照会すること
- 4 サービス提供を予定する事業所に対する情報提供すること  
(ただし、必要と判断される場合)

太田市長 様  
太田市福祉事務所長 様

平成 年 月 日

(申請者) 住 所 太田市

氏 名 (印)

生年月日 (昭和・平成) 年 月 日生

電話番号 ( )

※ 以下は、記入しないで下さい。

(証明欄)

※ この証明欄は、生活保護世帯である場合使用します。

## 生活保護受給証明書

上記の申請者は、申請日現在、生活保護受給者であることを証明する。

群馬県太田市福祉事務所長

※ この証明は、自立支援法に基づく制度利用のために証明するものです。他の目的には使用できません。

生活保護担当課		
課長	係長	担当