

承 諾 書

私は、以下の手続きにおいて、住民基本台帳により個人番号を確認され、
また利用されることについて承諾します。

- ☐ 身体障がい者手帳申請
- ☐ 精神障害者福祉手帳申請
- ☐ 療 育 手 帳 申 請

- ☐ 自立支援医療（更生医療）
- ☐ 自立支援医療（育成医療）
- ☐ 自立支援医療（精神通院）

- ☐ 障 が い 者 医 療 申 請
- ☐ 老 人 医 療 申 請

- ☐ 補 装 具 申 請
- ☐ 日 常 生 活 用 具 申 請

- ☐ 障がい福祉サービス申請

- ☐ そ の 他 （ ）

※ 該当するものに ☒、または（ ）内に該当事項を記入してください。

令和 年 月 日

（対象者） 署名 _____

（代理人） 署名 _____

※ 代理人が承諾する場合、委任状が必要です。