

年 月 日

三 原 市 長 様

申請者（通所給付決定保護者）

住所

氏名

㊟

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

三原市障害児通所給付費等自己負担額助成金に係る同意書

年 月 日付けで申請した障害児通所給付費等に係る三原市障害児通所給付費等自己負担額助成金（以下「助成金」という。）について、次のとおり同意します。

- 1 助成金の交付申請及び請求並びに受領に係る権限を障害児通所支援等を提供した事業所に委任すること。
- 2 助成金交付に係る審査のため、市が保有する住民票情報又は課税情報等により、同居又は扶養の状況を調べること。
- 3 市が、公立の保育所（園）、幼稚園、認定こども園等の在籍状況について、担当部署間で情報共有すること。
- 4 私の世帯の状況に変更があった場合は、速やかに届け出ること。