

特別障害者手当

障害児福祉手当 承 諾 書（扶養義務者）

福 祉 手 当

扶 養 義 務 者	①	(ふりがな) 氏 名	
	②	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	③	住 所	

(受給資格者名)

私が扶養している_____が申請した（受給中の）上記手当の支給要件について、年金事務所、官公庁及びその他関係機関に対し調査することを承諾します。

令和 年 月 日

氏名

福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所長 殿

※該当する手当名を○で囲んでください。