

特別障害者手当

障害児福祉手当 承諾書 (受給資格者)

福祉手当

受給資格者	①	(ふりがな) 氏名		
	②	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	満 歳
	③	住所		

私が申請した（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

(法定代理人の場合受給資格者との続柄：)

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。