

| 承 諾 書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-------|-----|----|---|----|---------|------|----|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 受給資格者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ① (ふりがな) 氏 名 | 性別             | 男・女   |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ② 生 年 月 日    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 | 満 歳 |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ③ 住 所        |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| <p>申請者（受給者）、配偶者及び扶養義務者は、特別障害者手当等及び愛知県特別障害者手当等に関する受給資格の確認及び支給額決定のため、下記の内容について同意します。</p> <p>1 特別児童扶養手当等の支給に関する法律第17条に規定する厚生年金保険法、国民年金法及び船員保険法に基づく障害年金の受給権有無の資料の提出について社会保険事務所等に依頼すること。</p> <p>2 申請者（受給者）、配偶者及び扶養義務者の所得状況・課税情報、住民基本台帳情報及び年金情報について、北名古屋市が公簿、情報提供ネットワークシステム等により確認すること。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者（受給者）</p> <table><tr><td>氏名</td></tr><tr><td>印</td></tr></table> <p>配偶者・扶養義務者</p> <table><tr><th>氏名</th><th>申請者との続柄</th><th>個人番号</th><th>備考</th></tr><tr><td>印</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>印</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>印</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>印</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>印</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>北名古屋市福祉事務所長 殿</p> |              |                |       |     | 氏名 | 印 | 氏名 | 申請者との続柄 | 個人番号 | 備考 | 印 |  |  |  | 印 |  |  |  | 印 |  |  |  | 印 |  |  |  | 印 |  |  |  |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 申請者との続柄      | 個人番号           | 備考    |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |
| 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                |       |     |    |   |    |         |      |    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |