

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 平成 令和	年 月 日	満 歳																										
	③ 住 所																													
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。 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。 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。 令和 年 月 日 申請者（受給者） <table><tr><td>氏名</td></tr><tr><td>印</td></tr></table> 配偶者・扶養義務者 <table><thead><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></thead><tbody><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></tbody></table> 北名古屋市福祉事務所長 殿					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																														