

同 意 書

羽 村 市 長 あて

私は、障害者の福祉施策に関する事務を所管する課が、羽村市心身障害者福祉手当条例第3条に基づく支給要件の適合状況について確認することに同意いたします。

年 月 日

住 所 羽村市

氏 名