同　　意　　書

さくら市福祉事務所長　様

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律又は児童福祉法に基づくサービスを利用するにあたり、自己負担額決定等に必要な課税に関する情報、福祉の措置に関する情報及びその他、市が保有する情報について、私及び私の世帯員全員の調査をすることに同意いたします。

また、サービスの円滑な提供のため必要があると認められる場合には、市が保有する利用者に関する情報について、当該サービスの提供に必要な部分に限り、相談支援事業所及びサービス提供事業所等関係者へ提供すること並びに相談支援事業所及びサービス提供事業所等関係者から情報を収集することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

同意代表者（利用申請者）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯員全員の氏名（同意代表者を除く）	氏　名	
	氏　名	
	氏　名	
	氏　名	
	氏　名	
	氏　名	
	氏　名	
	氏　名	