

# 同意書

岩沼市福祉事務所長 殿

私及び私の世帯員（以下、「私等」という。）は、下記の同意する事項に必要な範囲において、岩沼市福祉事務所が官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求めることに同意します。また、必要に応じ相談支援事業者やサービス提供事業者に対し障害福祉サービス及び障害児通所支援に係る受給者証の写しや自立支援医療の受給状況について提供すること、自立支援医療（育成医療）を行う指定医療機関に対し当該医療に係る受給者証の写しを提供することに同意します。

なお、岩沼市福祉事務所の調査に対し、官公署が報告することについて、私等が同意している旨を官公署に伝えて構いません。また、下記世帯員について調査することに同意します。

## 記

### 同意する事項

- 介護給付費等の支給事務及び利用者負担額等の決定事務
- 障害児通所給付費の支給事務及び利用者負担額等の決定事務
- 自立支援医療費の支給（認定）事務
- 補装具費の支給事務
- 地域生活支援事業（地域活動支援センター事業・移動支援事業・日中一時支援事業・日常生活用具給付事業）支給事務及び利用者負担額等の決定事務
- 特別障害者手当等支給（認定）事務
- 身体障害者用自動車改造費補助金交付決定事務
- 療育手帳の障害程度確認事務

令和 年 月 日

（申請者）住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

※申請者氏名について、自署でない場合は、記名押印してください。

（世帯員）氏 名： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

単身赴任などの別世帯の保護者の有無	有	・	無
-------------------	---	---	---