

(様式第7号)

どう い しょ  
同 意 書

知的障害にかかる判定のために必要があるため本人の状況等について、関係機関(施設、学校、医療機関、年金事務所、市町村、相談支援事業所、地域包括支援センター等)及び関係者に情報提供を求めることに同意します。

れいわ ねん がつ にち  
令和 年 月 日

ひょう ご けんりつ ち てきしょうがいしやこうせいそудんしよちよう  
兵庫県立知的障害者更生相談所長

しふくし じ む しよちよう  
市福祉事務所長

ちようちよう  
町長

さま

ほんにん  
本人

しめい  
氏名

じゅうしよ  
住所

せいねんがつ び  
生年月日

ほ ごしやとう  
保護者等

しめい  
氏名

じゅうしよ  
住所

ほんにん つづきがら  
本人との続柄