

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、
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。

令和 年 月 日

兵庫県立知的障害者更生相談所長
市福祉事務所長
町長

様

本人 氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

保護者等 氏名 _____

住所 _____

本人との続柄 _____