

同 意 書

私は、障害福祉サービス又は障害児通所支援の負担上限月額算定のため、私及び私の世帯に属する世帯員の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

また、障害支援区分の認定にあたり、下記医療機関（医師）に対して医師意見書の作成を求め、及び障害福祉サービスの利用等のため当該意見書を、指定障害福祉サービス事業者、相談支援事業者、地域包括支援センター等障害者福祉の関係者に提示することに同意します。

記

意見書依頼医療機関

医師名

平成 年 月 日

署 名

印

(代 理)

印

岩国市長 様