

(様式第7号)

どう い しょ
同 意 書

ち て きしょうがい ほんてい ひつよう ほんにん じょうきょうとう
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、
かんけいきかん しせつ がっこう いりょうきかん ねんきんじむしょ しちょうそん そうだんしえん
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
じぎょうしょ ちいきほうかつしえん どう およ かんけいしゃ じょうほうていきょう もと
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
どうい
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 しゃ こうせい そうだん し ちょう
兵庫県立知的障害者更生相談所長

し ふく し じ む し ちょう
市福祉事務所長

ち ょう ち ょう
町長

さま
様

ほんにん
本人

し めい
氏名

じゅうしょ
住所

せいねんが つ び
生年月日

ほ ご しゃ とう
保護者等

し めい
氏名

じゅうしょ
住所

ほんにん つづきが ら
本人との続柄