

# 同意書

障害福祉サービス及び障害児通所サービス等の認定の確認のために必要がある場合は、調査・照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

住 所 霧島市

受給者 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(受給者との続柄： )

霧島市福祉事務所長 殿