

令和 年 月 日

様

同意書

介護給付費・訓練等給付費等の支給申請・決定にあたり、総社市が転入元市区町村に対し、私の障がい福祉サービス支給決定時の資料や障がい支援区分認定時の資料等、支給決定に必要な情報を照会することに同意します。

申請者氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成
年 月 日

居住地 〒 ー

電話番号