

西条市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

同 意 書

転出元 () 市区町村

転出先 () 市区町村

障害福祉サービス等を継続して受給できるよう、転出先市区町村に対して、障害福祉サービス等を支給決定するために必要な情報提供を行うことに同意します。

旧住所 _____

新住所 _____

新住所への転出（予定）日 令和 年 月 日

氏 名 _____

児童氏名 _____