同　意　書

西条市福祉事務所長　殿

１．自立支援医療（育成・更生・精神）

２．障害者総合支援法福祉サービス

③．児童福祉法福祉サービス

４．地域生活支援事業の利用

５．身体障害者手帳

６．精神障害者保健福祉手帳

７．療育手帳

８．特別児童扶養手当等の支給

９．在宅重度心身障害者(児)紙おむつ支給

10．その他（　　）

※　該当する番号を○で囲んでください。

の申請に当たり、西条市福祉事務所長を代理人と定め、上記申請に係る決定のため、利用対象者本人及び、利用対象者が属する世帯等（各法で定められた）又は利用対象者の出身世帯等（各法で定められた）の構成員について、身体障害者更生指導台帳・療育手帳交付台帳・住民基本台帳・課税資料・要介護認定・保険情報等、西条市が保有する情報の閲覧及び主治医への意見書の作成依頼を行うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所　　西条市

申請者　　㊞

申請に係る
児童氏名

電話番号　　－　　－

※ 記名押印に代え署名することができます。