

同意書

- 療育手帳の判定のために、福祉相談センターが市町村や病院などの関係機関に対して資料を求めたり、聞き取りをすることに同意します。
- 福祉サービスの利用などのために必要な場合は、判定の結果を市町村などの関係機関に提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 : _____

同意者氏名 : _____ (印)

続柄 : _____

(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

※ 同意者は、療育手帳交付申請者と同じ方で、療育手帳の交付を受けようとされる本人又はその保護者です。

また、同意者氏名については、記名押印に代えて署名することができます。