

令和 年 月 日

倉敷市長あて

同意書（判定関係）

介護給付費・訓練等給付費・障害児通所給付費・倉敷市地域生活支援事業の支給申請・決定にあたり、岡山県倉敷児童相談所又は倉敷市保健所等の関係機関に対して、次の対象児（者）に関する診断・判定結果等、支給決定に必要な情報を照会することに同意します。

| | |
|--------|-------------------|
| フリガナ | |
| 対象児（者） | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| フリガナ 申請者 (保護者) 氏 名 | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 居 住 地 | 〒 ー 電話 () ー |