様式第３号（第２条関係）

同　　意　　書

会津美里町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付決定のため、会津美里町役場福祉課が行う下記の事項について同意します。

記

　１　住民基本台帳により世帯の情報を確認すること。

　２　税務課所管の税情報を確認すること。

　３　介護保険及び国民健康保険の情報を確認すること。

４　支給決定に必要な医師意見書の作成を依頼すること。

５　サービス等利用計画又は個別支援計画の作成若しくは適切な障害福祉サービス

の提供に必要な範囲内において、医療機関、保健所、学校、障害福祉サービス事業

所、障害者支援施設等から情報を収集すること。

　６　サービス等利用計画又は個別支援計画の作成若しくは適切な障害福祉サービスの

提供に必要な範囲内において、障害支援区分認定に係る認定調査、概況調査の内容、

サービス利用意向聴取の内容、審査会における審査判定結果・意見、主治医意見書及

び障害福祉サービスの支給決定内容の全部又は一部を指定特定相談事業者、指定一般

相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業所若しくは障害者支援施設へ提示、提供

すること。

　７　その他、障害福祉サービスの提供に必要な情報を収集及び閲覧し、サービスの適切で円滑な提供のために各関係機関へ情報を提供すること。

　（住　　　 　　　　　　　　　　所）

　（本人　※１８歳未満の場合は保護者）

　（同　 　 一　 　世　 　 帯　 　者）

　　　　　　　　　　　　（１８歳未満で収入のない世帯員は記入の必要はありません。）