様式第２号（第２条関係）

同　　意　　書

会津美里町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　私は、障害児通所給付費、特例障害児通所給付費、高額障害児通所給付費、障害児相談支援給付費の申請に際し、会津美里町役場健康ふくし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　障害児支援利用計画又は個別支援計画の作成若しくは適切な障害児通所給付等の

提供に必要な範囲内において、医療機関、保健所、保育所等、学校、児童相談所、

障害福祉サービス事業所等から情報を収集すること。

　４　障害児支援利用計画又は個別支援計画の作成若しくは適切な障害児通所給付等の

提供に必要な範囲内において、保護者等からの聴取内容の全部又は一部を指定障害

児相談事業者、指定障害福祉サービス事業所等へ提示、提供すること。

　５　その他、障害福祉サービス等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）

　（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。）