

# 同意書

私が申請した新高額障害福祉サービス等給付費の支給決定にあたり、障害福祉課が介護保険担当課に対して、私が提供を受けた介護保険サービス内容等を照会することに同意します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名