

長井市福祉事務所長 宛

同 意 書

私は、市が障害者総合支援法による福祉サービスの支給決定をするために、私および私の世帯の状況や資産・収入等の個人情報を、市が調査することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

Ⓔ