

障害支援区分認定のための医師意見書の提供に係る申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市福祉事務所長

障害福祉サービス等利用計画案の作成にあたり、一宮市が保有する下記対象者の障害支援区分認定のための医師意見書（写し）（以下「意見書」という。）の提供を受けたいため申請します。

なお、意見書の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、適正に管理することを約束します。

申請者	氏 名			
	事業所名		本人との関係	
	住 所			

対象者	フリガナ	
	氏名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	

「本人同意欄」

私は、上記の申請者が私と契約を締結している、又は締結を予定している指定特定相談支援事業者であることを証するとともに、一宮市が保有する私の意見書について、申請者に提供することに同意します。

本人署名

☐ 本人の執筆不可能なため、本人の意思を確認した上で、代筆しました。

代筆者住所

代筆者氏名

印

(本人との関係)

*関係事業所職員の代筆は認められません。

* 遵守事項

- 1 意見書的情報は対象者の障害福祉サービス等利用計画案作成以外の目的には使用せず、他者への情報提供、目的外の複写・複製はしません。
- 2 意見書を厳重に管理し、紛失・破損しないよう適正な保管に努めるとともに、意見書を紛失・破損した場合は、直ちに対象者及び一宮市に連絡し、その指示に従い善処します。
- 3 対象者との契約関係が終了した場合その他意見書を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該意見書（複写・複製したものを含む。）を責任を持って廃棄します。
- 4 一宮市から意見書の提示・提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

※申請者の本人確認書類の提示が必要です。(郵送等の場合は写しの添付)

【職員確認】

【職員確認】
運転免許証 ・ 個人番号カード ・ パスポート ・ その他（ ）