**同　意　書**

　　私が計画相談支援を依頼している下記の相談支援事業所に対し，私の障害福祉サービス受給者証・障害児通所受給者証の写しを送付することに同意します。

（相談支援事業者）

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名

代理人氏名