

情報提供に係る同意書

私は転出先において（ 障害福祉サービス ・ 障害児通所給付費 ）
支給決定を希望するため、八代市のサービス支給決定に係る情報、資
料を八代市が転出先に情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

申 請 者 氏 名 _____

支給申請に係る児童氏名 _____

転 出 先（ 予 定 ） _____

転出時期（予定） _____

提 出 者 氏 名 _____

連絡先電話番号 _____