

# 同 意 書

私は、鹿児島県中央児童相談所長又は鹿児島知的障害者更生相談所長が、鹿児島市福祉事務所長に対し、特別障害者手当（障害児福祉手当）の認定にかかる資料として、診断書（写し）又は判定書を発行することについて同意します。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)

(手帳番号 \_\_\_\_\_ )

保護者等氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)

(本人との続柄 \_\_\_\_\_ )