

# 同意書

私は、重度心身障害者の医療福祉制度(マル福)該当の確認のため、日立市長が「知的障害者の判定結果に係る情報提供」の依頼及び回答を受理することに同意します。

令和 年 月 日

交付対象者

(氏名) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 月 日

(住所) \_\_\_\_\_

届出者

(署名) \_\_\_\_\_

(交付対象者との続柄) \_\_\_\_\_