年　　月　　日

阪南市福祉事務所長　様

同　　意　　書

受給者　住　所

氏　名

私は、下記の指定特定相談支援事業所をとおして、障害福祉サービス受給者証の交付を受けることに同意します。

指定特定相談支援事業所

（事業所名）

（事業所管理者）

（事業所所在地）

（事業所電話番号）