

## 障害支援区分の認定に係る個人情報提供申出書

年 月 日

（宛先）春日井市長

次のとおり障害支援区分認定に係る個人情報の提供を申し出ます。

申出者	氏名		対象障害者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所	電話番号 — —		
申出理由		<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等の計画作成に利用 <input type="checkbox"/> その他（理由： ）		

※ 申出者は、提供の申出をすることができる者であることを証明する書類を提示又は提出してください。

※ 郵送での提供を希望する場合は、併せて返信用封筒（住所記入・切手貼付）を提出してください。

対象者	受給者番号		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	電話番号 — —			
認定情報		障害支援区分		認定年月日	年 月 日
		認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
提供情報		<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 障害支援区分判定審査会議事要旨			
提供方法		<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ）			

（本人同意欄）※申出者が本人の場合は記入不要

私は、上記申出者が、次の者であることを証するとともに、上記の障害支援区分の認定に係る情報提供の申出をすることについて、同意します。

- ☐ 私の配偶者、直系血族及び3親等内の親族
- ☐ ※私と障害福祉サービス等の提供に係る契約を締結している事業者
- ☐ ※基幹相談支援センター、障害者生活支援センター相談員

（※印の者については、認定調査票、医師意見書のうち、申出のあった個人情報の提供に限ります。）

署名した日 年 月 日 本人署名