同　　意　　書

宝塚市長　様

　私は、児童福祉法に基づく障害児通所給付費等の支給決定のため、宝塚市が転入前の自治体（　　市）に、サービス支給決定に係る資料等を照会することに同意します。

令和　　年　　月　　日

〈申　請　者〉

フリガナ：

氏　　名：

住　　所：

生年月日：

電話番号：

〈受　給　者〉

フリガナ

氏　　名：

生年月日：

〈前　住　所〉

住　　所：