

四條畷市障害支援区分認定にかかる医師意見書写し交付申出書

年 月 日

四條畷市長 あて

私は障害支援区分認定にかかる医師意見書写しを交付されるよう身分を証する書類を添えて申し出ます。
※該当する□に✓印を記入してください。

申出者	氏名				<input type="checkbox"/> 相談支援専門員
	事業者名称				
	住所	〒			
	電話番号				

対象者	氏名			生年月日	年 月 日生
	住所	〒			
交付方法	<input type="checkbox"/> 写しの窓口交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送交付 ※写しの郵送交付を希望する場合は、返送用封筒（切手付）を同封してください。				

※必ず、本人同意を得てください。なお、支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書で本人の同意を得ている場合は、不要です。

【本人同意欄】
 私は、四條畷市が保有する障害支援区分認定にかかる医師意見書写しを、申出者に提供することに同意します。
 本人氏名 _____
 代筆者氏名 _____ 本人との関係 (_____)
 ※ 本人が記載できない場合に限り、本人の同意に基づき代筆者が本人氏名、代筆者氏名及び本人との関係を記載してください。

申出者は、以下の事項にチェックをしてください。

- 提供を受けた資料に記載された個人情報を、サービス等利用計画作成以外の目的に使用しません。
- 資料の漏洩、改ざん、紛失又は破損その他の事故を防止するために必要な措置を講じ、適正に保管します。
- 複写、複製、再配布しません。
- 主治医の同意がある場合のみ資料の提供を受けます。
- 本人に告知されていない病名が記載されていることもあるので取扱いには十分に注意します。
- 本人に係る計画相談支援事業の契約関係が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要性がなくなったときは、速やかに当該提供資料を責任を持って廃棄します。