同　意　書

（関係事業所）

　　　　　　　　　　　　　管理者様

障害福祉サービス等に係る利用者負担月額の上限額管理のために、私のサービス提供情報を下記の事業所に提供することに同意します。

提供先（上限管理事業所）

 事業所名称：

 所在地：

 電話番号：

令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印