

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