

支給決定情報に関する情報提供依頼書

年 月 日

小田原市福祉事務所長 様

事業所名

管理者氏名

印

次のとおり情報提供を依頼します。

1 情報提供の対象となる支給決定障害者等

住 所 :

氏 名 :

(通所給付決定保護者の場合) 対象児の氏名 :

2 情報提供を依頼する内容

- ☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスに係る支給決定に関する情報
- ☐ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく地域生活支援サービスに係る支給決定に関する情報
- ☐ 児童福祉法に基づく障害児通所支援サービスに係る支給決定に関する情報

3 依頼する情報提供の方法

- ☐ 受給者証の写しの提供
- ☐ その他 ()