同　意　書

　生活保護法による介護扶助の申請又は受給に必要なとき、私の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の写し等を、大牟田市福祉事務所長に対し交付することに同意します。

　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名

（氏名は自署又は記名押印）

指定居宅介護支援事業者 ※

( 特定施設入居者生活介護・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護 )

　　　　　　　　　　　　　　　殿

※ 予防給付に係るとき、「指定居宅介護支援事業者」を「地域包括支援センター」に読替えて記載してください。