

様式第2号

同 意 書

介護支援給付の決定に必要があるときは、私が居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成を依頼している居宅介護支援事業者（地域包括支援センター）に対し、私の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の内容に関する報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

宇都宮市長様
（生活福祉第1課扱）

様式第3号

同 意 書

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による介護支援給付の申請・受給に必要なため、私の居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の写しを宇都宮市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

様

(指定居宅介護支援事業者名)

(指定地域包括支援センター名)