承　　諾　　書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）金沢市社会福祉事務所長

1　下記に係る利用者負担上限月額の決定に当たり、市が利用者の属する世帯の世帯構成を調査すること。(1)から(3)のうち、該当するものに〇を付けてください。）

(1)　介護給付費等（訓練等給付費、特定障害者特別給付費、療養介護医療費）

(2)　地域生活支援事業

(3)　障害児通所給付費等（肢体不自由児通所医療費、障害児入所給付費、障害児入所医療費）

申請するサービス種別(1)～(3)に「〇」を付けてください。（複数ある場合は複数に「〇」を付けてください。）

＜サービスの代表例＞
介護給付費等…居宅介護（ホームヘルプ）、短期入所（ショートステイ）、就労継続支援（A型・B型）等
地域生活支援事業…移動支援（ガイドヘルプ）、日中一時支援、地域活動支援センター等
障害児通所給付費等…児童発達支援、放課後等デイサービス等

2　上記１を踏まえて、利用者が18歳以上の場合は、市が利用者並びにその世帯に属する利用者の配偶者に　　所する20歳未満の利用者　　況及び課税状況を調査す　　利用者が18歳未　　に係る収入状況及び課税

3　上記１(1)又は(　　護認定の有無、要介護度　　また、上記１(3　　状況を都道府県、市町村

4　事業者又は施設がサービスを提供するに当たり必要があると認められるときは、市が利用者の健康状態等、上記１(1)又は(2)のいずれかの決定のために調査した内容について、事業者又は施設に対して情報提供すること。
　また、事業者又は施設がサービスを提供するに当たり必要であり、かつ、利用者の福祉に資すると認められる場合は、市が利用者の健康状態等又は上記１(3)の決定のために調査した内容について、事業者又は施設に対して情報提供すること。

以上について、同意します。

利　用　者　　住　所　金沢市広坂１－１－１

利用者本人名を記入してください。
記名（ゴム印・印字等）の場合は押印が必要です。

氏　名
（署名又は記名押印）　金沢　太郎　　金沢

保　護　者　　住　所　同上

サービス利用者本人の方が「１８歳未満の場合」のみ、保護者名も記入して下さい。
記名（ゴム印・印字等）の場合は押印が必要です。

氏　名
（署名又は記名押印）　金沢　花子　　金沢