同　　　意　　　書

近江八幡市長　様

　市担当部署において「身体障害者診断書・意見書」を複写のうえ保管され、

身体障害者福祉法等の関係法令に基づき、私の各種障がい福祉サービスの提供

のために活用されることを同意します。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　本　人　　　氏　名

　　※　本人以外が届出の場合は、下記届出者欄に記入をしてください。

　　　　届出者　　　氏　名　　　　　　　　　　　　（連絡先　　　　-　　　　-　　　　）

　　　　　　　　　　同意者との関係　　　　　　　　　　□　代理人　　□　代行者

　　　　　　　　　　注：「代理」は、依頼人（本人）に代わって意思決定をすることができます。

　　　　　　　　　　　：「代行」は、単に依頼人（本人）の意志を伝達するのみです。

　　　　　　　　手帳の受け取り希望場所について、下記のいずれかを選んでください。

　　　　　　　　□　障がい福祉課（ひまわり館2F）　□　安土町総合支所　安土未来づくり課