

## 同 意 書

私は相談支援専門員の作成した、障害福祉サービス等利用計画の内容に同意し、サービスを利用している期間に必要なモニタリングに対して、面談後に相談支援専門員が作成した報告書において、私の同意を得たものとして署名の記載を省略し、袋井市へ提出することに同意いたします。

但し、同意後サービス利用期間中に、署名省略中止を申し出た場合は、以後本同意書は無効といたします。

令和　　年　　月　　日

利用者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名（18歳未満のみ） \_\_\_\_\_

相談支援事業所名 \_\_\_\_\_

相談支援専門員 \_\_\_\_\_

※本人が18歳未満の場合は利用者氏名と保護者氏名に署名をしてください。

※本人が署名できない場合、代筆可。

※相談支援事業所にて保管。写しを袋井市へ提出してください。