

同 意 書

生活保護法による介護扶助の申請・受給に必要なため、私のケアプランの写しを高崎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 高崎市 町

氏名 印

高齢者あんしんセンター

様

* 高齢者あんしんセンターの守秘義務を解除する為の同意書

同 意 書

介護扶助の決定に必要があるときは、私がケアプランの作成を依頼している地域包括支援センターに対し、私のケアプラン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 高崎市 町

氏名 印

あて先) 高崎市福祉事務所長

*福祉事務所に対する同意書