同　意　書

□障害福祉サービス・地域相談支援・地域生活支援事業（以下「障害福祉サービス等」といいます。）、計画相談支援、障害児相談支援（以下「計画相談支援等」といいます。）を利用するため、**川崎市が把握している個人情報**（サービス利用に関する意向や障害状況や生活状況、障害支援区分等）**を、**必要な範囲で**障害福祉サービス等を提供する指定事業所**（以下「障害福祉サービス事業者」といいます。）**や計画相談支援等を提供する指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者・地域相談支援センター・サポートプランの作成支援を行う指定事業所**（以下、「相談支援事業者等」といいます。）等へ提供させていただくことがあります。

　また、計画相談支援等においては支給決定後にその内容を確認する必要があるため、各地域みまもり支援センター又は各地区健康福祉ステーション（以下「地域みまもり支援センター等」と言います。）から**「支給決定通知」や「受給者証の写し」等を直接相談支援事業者等へ提供**させていただくことがあります。

□障害福祉サービス等を利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される**「サービス等利用計画（案）」**について、相談支援事業者等に依頼するのではなく、**地域みまもり支援センター等による作成支援を受け、セルフプランを提出**します。（該当する場合は、□にチェックを入れてください。）

　このことに同意をされる場合は、次に必要事項を記入してください。

|  |
| --- |
| 川崎市　　　　区長　　　　　　　年　　　月　　　日　本　人　氏　名（児童の場合は保護者氏名）代理人　氏　名（本人との関係：　　　　　　　　　　）　　　代行者　氏　名（本人との関係：　　　　　　　　　　） |

【本人】：利用される方の氏名を記入してください。ただし、サービス利用者が児童の場合は、保護者の方の氏名を記入してください。

【代理人】：この申請に関する代理権を授与した成年後見人などの法定代理人がある場合は、その方の氏名を記入してください。

【代行者】：利用者本人（児童の場合は保護者）から申請の代行の依頼を受けた場合は、その依頼を受けた方の氏名を記入してください。