

同 意 書

障害児通所支援の利用に関する決定事務のため、川西市での健康
診査結果に基づく、療育の必要性について、川西市健康福祉部福祉
推進室障害福祉課が川西市健康福祉部健幸政策室保健センターに確
認することに同意します。

川西市福祉事務所長 宛

平成 年 月 日

住 所 _____

申請者氏名 _____ 印

児童氏名 _____