同　意　書

　私は、重度心身障害者の医療福祉制度(マル福)該当の確認のため、石岡市が「知的障害者の判定結果に係る情報提供」の依頼及び回答を受理することに同意します。

年　　月　　日

交付対象者

届出者

(署名)

(交付対象者との関係)