同　　意　　書

私は、障害児通所支援に係る基本支給量超過の支給申請にあたり、札幌市が、現在利用中（又は利用予定）の障害児通所支援事業者に対して意見書の提供を依頼することに同意します。

(あて先)

札幌市　　　区保健福祉部長

年　　月　　日

児童氏名：　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　）

保護者氏名：　　　　　　　　　　　　　　（続　　柄：　　　　　　　　）

現在利用中（又は利用予定）の障害児通所支援事業者（複数ある場合はすべて記載）