

大磯町配食見守りサービス緊急連絡票 兼 同意書

緊急 連絡先①	氏名(よみがな)	
	住所	
	電話番号	
	利用者との続柄	
緊急 連絡先②	氏名(よみがな)	
	住所	
	電話番号	
	利用者との続柄	
緊急 連絡先③	氏名(よみがな)	
	住所	
	電話番号	
	利用者との続柄	
ケアマネー ジャー (情報収集)	事業者名	
	氏名	
	電話番号	

同意書

私は、大磯町在宅ひとり暮らし高齢者等配食見守りサービス事業(配食見守り事業)の決定にあたり、私及び世帯の状況等について町担当課へ照会すること、また、配食見守り事業受託者、町地域包括支援センター、事業者等への情報提供をすることに承諾いたします。

さらに、緊急時に関係職員等の敷地内への立入りを認め、関係職員等が住居内に入るのに際し、やむを得ず住居等の一部を破損しても修復等についての責任を問いません。

氏 名 (本 人) :

代 筆 者 :

氏 名 (本 人) と の 関 係 :