第１号様式の２（第５条関係）

**同　　意　　書**

いわき市長　様

１　私は、配食サービスの利用に当たり、私の安否確認のためやむを得ない場合は、登録事業者や地区保健福祉センター、地域包括支援センター等の関係者が、私の住居内及び住居周辺の状況を確認することに同意いたします。

２　私は、配食サービスの利用に当たり、私の状況を把握する必要がある場合は、私に関する情報を、登録事業者及び地区保健福祉センター、地域包括支援センター等の関係者が、居宅介護支援事業者、主治医その他本事業に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

３　私は、配食サービスの利用に当たり、配食サービス事業に係る助成額を私に代わり、いわき市長が登録事業者に支払うことに同意します。

４　私は、配食サービスの利用に当たり、サービスをキャンセルする時は、サービスを受ける前日までに連絡します。

　　なお、サービスを受ける当日にキャンセルした場合は、登録事業者に対し、当該配食サービスにかかった費用を負担します。

　　年　　月　　日

利用者住所

利用者氏名

（自署の場合は押印不要）

 　　本人が、書字困難なため、代筆いたしました。

住　　　所

代筆者氏名

（本人との続柄：　　　　　　）