

様式第2号（第5条関係）

同意書

令和 年 月 日

刈谷市長

対象者 住 所.....
氏 名.....

※自署または記名押印してください。

次の事項について同意します。

- 1 対象者の緊急時に救援を行うため、必要な情報を市が取得し、関係機関に提供すること。
- 2 携帯型緊急通報機器等により発信された情報に基づき対象者の救援を行うため、訪問した業者等が必要な範囲において敷地又は住居に立ち入ること及び安否を確認するために行った必要かつやむを得ない行為により受けた損害については、市及び業者等はその責めを負わないこと。
- 3 対象者がはいかいにより行方不明になった場合は、位置情報検索により所在を特定すること。
- 4 携帯型緊急通報機器等を破損し、又は滅失したときは、直ちに市長にその状況を報告すること。なお、その場合は原則として携帯型緊急通報機器等の貸与を受けた者が弁償すること。
- 5 業者から携帯型緊急通報機器を使用した際の通信に係る料金の請求があった場合は、当該料金を支払うこと。

協力者承諾欄

対象者の緊急時に救援を行う協力者となることを承諾します。

協 力 者	第1	フリガナ	対象者との関係	
		氏名	電話番号	
		住所		
	第2	フリガナ	対象者との関係	
		氏名	電話番号	
		住所		

裏面に続く

【電話番号追加登録者※条件：声の訪問、電話（携帯含）なし、対象者非課税】
協力者以外に電話（架電・受電）する可能性のある連絡先を登録してください。

例）・ かかりつけの医療機関、薬局

・ 地域包括支援センター等介護保険事業所

・ 協力者以外の友人・知人

など

No.	連絡先	電話番号
1		() -
2		() -
3		() -
4		() -
5		() -
6		() -
7		() -
8		() -
声の訪問	声の訪問①	070-1173-2043
	声の訪問②	070-1173-2044
	長寿課（声の訪問担当）	0566-62-1063

※市外局番は必ず記入してください。

※追加登録する電話番号を変更したい場合は、変更届を提出してください。

【追加同意事項】

市が対象者の課税状況を調査することについて同意します。

対象者 _____

様式第2号（第5条関係）

同意書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

刈谷市長

対象者 住 所 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地
氏 名 刈谷 太郎
※自署または記名押印してください。

次の事項について同意します。

- 1 対象者の緊急時に救援を行うため、必要な情報を市が取得し、関係機関に提供すること。
- 2 携帯型緊急通報機器等により発信された情報に基づき対象者の救援を行うため、訪問した業者等が必要な範囲において敷地又は住居に立ち入ること及び安否を確認するために行った必要かつやむを得ない行為により受けた損害については、市及び業者等はその責めを負わないこと。
- 3 対象者がはいかいにより行方不明になった場合は、位置情報検索により所在を特定すること。
- 4 携帯型緊急通報機器等を破損し、又は滅失したときは、直ちに市長にその状況を報告すること。なお、その場合は原則として携帯型緊急通報機器等の貸与を受けた者が弁償すること。
- 5 業者から携帯型緊急通報機器を使用した際の通信に係る料金の請求があった場合は、当該料金を支払うこと。

協力者承諾欄

対象者の緊急時に救援を行う協力者となることを承諾します。

協 力 者	第1	フリガナ カリヤ ジロウ	対象者との関係	子
		氏名 刈谷 次郎	電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
		住所 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地		
	第2	フリガナ カリヤ サブロー	対象者との関係	知人
		氏名 刈谷 三郎	電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
		住所 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地		

裏面に続く

【電話番号追加登録者※条件：声の訪問、電話（携帯含）なし、対象者非課税】
協力者以外に電話（架電・受電）する可能性のある連絡先を登録してください。
例）・ かかりつけの医療機関、薬局

- ・ 地域包括支援センター等介護保険事業所
- ・ 協力者以外の友人・知人 など

No.	連絡先	電話番号
1	〇〇〇病院	(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇
2	□□□クリニック	(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇
3	△△△薬局	(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇
4	◎◎◎デイサービス	(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇
5	●●●居宅介護支援事業所	(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇
6	■ ■ ■ 地域包括支援センター	(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇
7	刈谷 一郎	(0 9 0) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
8	東陽 太郎	(0 9 0) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
声の訪問	声の訪問①	0 7 0 - 1 1 7 3 - 2 0 4 3
	声の訪問②	0 7 0 - 1 1 7 3 - 2 0 4 4
	長寿課（声の訪問担当）	0 5 6 6 - 6 2 - 1 0 6 3

※市外局番は必ず記入してください。

※追加登録する電話番号を変更したい場合は、変更届を提出してください。

【追加同意事項】

市が対象者の課税状況を調査することについて同意します。

対象者 刈谷 太郎