

# 配食サービス利用に関する同意書

年 月 日

社会福祉法人 蟹江町社会福祉協議会長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_

本人携帯番号 \_\_\_\_\_

- 私は世帯状況の確認を役場の住民基本台帳を基に調査することに同意いたします。
- (希望者) 私は身体的理由で玄関先での受取が出来ないため、室内で受取することに同意いたします。
- 私は、貴会並びに貴会が委託した給食業者の実施する配食サービスを利用するにあたり、貴会が保有する私に関する以下に掲げる情報を、配食サービスの適正な利用状況の確認のため、関係機関等に対して提供することについて同意いたします。

## 記

### 1 利用目的

貴会の委託した給食業者が、配食サービスを行うときに安否確認を行う際、本人の確認が取れない場合は緊急連絡先へ連絡します。また、利用者と各関係機関とが連携していくことを目的に利用します。

### 2 提供情報内容

氏名・住所・緊急連絡先など

### 3 情報提供先

行政機関及び貴会が委託した給食業者。その他、状況に応じ必要になる関係機関。