

〈利用者用〉

同 意 書

稲城市長 様

陽だまりヘルプ（稲城市在宅心身障害者（児）緊急一時保護事業）において、介護人宅で保護される場合、市で加入している従事者障害保険・賠償責任保険の適用外となることに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名： _____

（利用者が18歳未満の場合）

保護者氏名： _____

電話番号 ： （ ） _____

住 所 ： _____

以上