

〈介護人用〉

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、介護人宅で利用者を保護する場合、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

介護人氏名： _____

電話番号： _____（ ）

住 所： _____

以上