様式第２号（第５条関係）

同　　　　意　　　　書

高齢者保護情報共有サービスを利用するにあたり、次の事項に同意します。

　　　年　　月　　日

（あて先） 千葉市長

申請者（利用者）

住所

氏名 　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

１　サービスの利用期間は、千葉市が利用の決定をした日から利用の取り消しを行った日までとすること。

２　天災等の不可抗力やサービスの機能点検により、事業者の業務が中断し保護情報の提供が行えない場合があること。

３　この事業の利用により発見された対象者の保護を自己責任において行うこと。

４　サービスの利用にあたり対象者及び利用者等の情報を実施要綱第９条に規定する者に千葉市が提供すること。

５　サービスの利用にあたり、次の各号に該当するときは、速やかに届出をすること。

（１）対象者、利用者又は事前登録者の情報に変更が生じたとき。

（２）対象者又は利用者の生計状況に変更が生じたとき。

（３）サービスの利用を終了しようとするとき。

（４）対象者が介護保険施設又は養護老人ホーム等に入所し在宅でなくなったとき。

（５）対象者が３か月以上の長期にわたり入院又は療養し、在宅に戻る見込みが立たないと　　き。

（６）対象者が市外に転出したとき。

（７）対象者が死亡したとき。

（８）利用者が千葉市高齢者保護情報共有サービス事業実施要綱第４条の規定に該当しなくなったとき。

（９）利用者がこの事業を利用する事由が消滅したとき。

６　上記届出を速やかに行わないときは、市長は利用の取り消しを行うことができること。

７　ラベルシール等の維持管理は、善良な管理者として責任をもって行い、対象者以外の者への譲渡や転貸等、不正に使用しないこと。

８　ラベルシール等の全部又は一部破損、又は滅失したときは、速やかに対象者が居住する区域を管轄する保健福祉センターに連絡し、指示に従うこと。この場合、実費相当額を負担する場合があること。