

どう い かく にん しよ
同意確認書

おおさかしちよう
大阪市長あて

れいわ ねん がつ にち
令和 年 月 日

わたし ちいき みま かつどう さいがいじ しえん
私は、地域における見守り活動や災害時の支援につなげるために、

おおさかし ひらのくやくしよ ほゆう わたし
大阪市・平野区役所が保有する私の、
 生年月日、 性別、
 (高齢者の場合は) 要介護認定の有無、 自立認定の有無
 (障がい者の場合は) 障がい手帳の有無、 障がいの種別
 (難病患者の場合は) 使用医療機器

くわ とうい かく にん しよ こうもく かん じようほう ひらのくやくしよ きやうてい むす だんたい
に加えて、この同意確認書の項目に関する情報を平野区役所と協定を結んだ団体と
そうご きやうゆう
相互に共有することに、

() 同意します () 同意しません

どちらかの () に〇をして、署名してください。

ほんにん しよめい だいひつ か 本人の署名 (代筆は可)	だい ひつ しゃ 代筆者
ふりがな	ふりがな
し めい 氏名	し めい 氏名
でんわばんごう (電話番号)	でんわばんごう (電話番号)
ほんにん じきひつ ばあい みぎ らん だいひつしゃ ※本人が直筆できない場合は、右の欄に代筆者 の署名をお願いします。	じゅうしょ (住所)
どうい ばあい ほんにんしよめい ねが ※同意しない場合も、本人署名をお願いします。	ほんにん かんけい (本人との関係)

とりく きんじようどうし たす あ きほん じようほうていきやう どうい ほんにん
※この取組みは、ご近所同士の助け合いを基本とするものですので、情報提供に同意することで、ご本人が
きぼう みまも さいがいじ しえん ほしやう かつどう しえん かた なん せきにん
希望する見守りや災害時の支援が保障されるものではありません。また、活動を支援する方が何らかの責任
お
を負うものではありません。

げんざい ふくししせつ じゅうみんひやう とうろく じゅうしょ べつ ばしよ す ばあい ないよう おし
現在、福祉施設や住民票に登録されている住所とは別の場所にお住まいの場合は、その内容を教えて
ください。(場合によっては、見守りや災害時の支援が行えないことがあります)

す じゅうしょ お住まいのご住所	
す さき しせつめいなど お住まい先 (施設名等)	

裏(うら)もあります

【ご本人の状況について】 (提供可能な範囲でご記入ください)

【同意します】に○を付けた方は、あてはまる()に○と必要事項を記入してください。

1 世帯の状況

()ひとり暮らし	()家族と同居 () 親[父・母] () 配偶者[夫・妻] () 子ども[人] () 兄弟姉妹 () その他[]	()その他 ・福祉施設名など []
-----------	--	---------------------------

2 緊急時の連絡先(情報を提供することについて、同意を得たうえで記入してください)

ふりがな		本人との関係
氏名		
住所		電話
		() -

3 福祉サービスの利用状況(該当項目に○をして[]に事業所名をご記入ください)

() 障がい福祉サービスを利用	・	() 介護保険サービスを利用
・計画相談支援事業所 []		・ケアマネ事業所 []
・自立訓練事業所 []		・訪問介護事業所 []
・居宅介護(重度者)事業所 []		・デイサービス事業所 []
・同行援護事業所 []		・訪問看護事業所 []
・短期入所事業所 []		・福祉用具事業所 []
・その他事業所 []		・その他事業所 []

4 現在の見守り支援(定期的な生活状況の確認など)状況

() あり:(ありに○を付けた方は、下記にご記入ください) () なし

(誰から どのように見守りを受けていますか)

【例:母親から週1回訪問あり】

①誰から() (週・月・年 回) (訪問・電話) あり

②誰から() (週・月・年 回) (訪問・電話) あり

5 支援の際に、配慮が必要な事項

・() 外出は介助が必要	・() 車いすが必要
・() 目が見えない	・() 耳が聞こえない
・() つえが必要	
・() その他 []	

裏(うら)もあります

同意確認書

大阪市長あて

令和 年 月 日

私は、地域における見守り活動や災害時の支援につなげるために、

大阪市・平野区役所が保有する私の、 生年月日、 性別、

(高齢者の場合は) 要介護認定の有無、 自立認定の有無

(障がい者の場合は) 障がい手帳の有無、 障がいの種別

(難病患者の場合は) 使用医療機器

に加えて、 この同意確認書の項目に関する情報 を平野区役所と協定を結んだ団体と相互に共有することに

() 同意します () 同意しません

・どちらかの () に○をして、署名してください

本人の署名 (代筆は可)		代筆者	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
(電話番号)		(電話番号)	
※本人が直筆できない場合は、右の欄に代筆者の署名をお願いします。 ※同意しない場合も本人署名をお願いします。		(住所)	
		(本人との関係)	

※この取組みは、ご近所同士の助け合いを基本とするものですので、情報提供に同意することで、ご本人が希望する見守りや災害時の支援が保障されるものではありません。また、活動を支援する方が何らかの責任を負うものではありません。

現在、介護施設や住民票に登録されている住所とは別の場所にお住まいの場合は、その内容を教えてください。(場合によっては、見守りや災害時の支援が行えないことがあります。)

お住まいのご住所	
お住まい先 (施設名等)	

裏 (うら) もあります

【ご本人の状況について】 (提供可能な範囲でご記入ください。)

【同意します】に○をつけた方は、あてはまる()に○と必要事項を記入してください。

1 世帯の状況		
()ひとり暮らし	()家族と同居 ()配偶者[夫・妻] ()孫 ()子ども[人] ()兄弟姉妹 ()甥・姪 ()その他[]	()その他 ・福祉施設名など []
2 緊急時の連絡先 (情報を提供することについて、同意を得たうえで記入してください。)		
ふりがな		本人との関係
氏名		
住所		電話
		() -
3 福祉サービスの利用状況		
() 介護保険サービスを利用 ・ () 障がい福祉サービスを利用 該当項目に○をして、[]にケアマネジャーやヘルパー、デイサービスなどの事業所名をご記入ください		
・ケアマネ事業所 []	・訪問看護事業所 []	
・訪問介護事業所 []	・福祉用具事業所 []	
・デイサービス事業所 []	・その他事業所 []	
4 現在の見守り支援 (定期的な生活状況の確認など) 状況		
() あり : (ありに○を付けた方は、下記にご記入ください)		
() なし		
(誰から どのように見守りを受けていますか) 【例：息子から月1回訪問あり】		
① 誰から () (週・月・年 回) (訪問・電話) あり		
② 誰から () (週・月・年 回) (訪問・電話) あり		
5 支援の際に、配慮が必要な事項		
・() 外出は介助が必要	・() 車いすが必要	
・() 目が見えない	・() 耳が聞こえない	
・() つえが必要	・() その他 []	

裏(うら)もあります