様式第7号(第5条関係)

訪問入浴サービスに係る誓約書

平成　　年　　月　　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

 (利用対象者との続柄：　　　)

　訪問入浴サービスの利用について、次のとおり誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 昭和・平成　　　年　月　日生(　歳) |
| 身体障害者手帳 | 第　　　　　　号 | 平成　　年　　月　　日交付 |
| 障がい名 |  | 級 |
| 現在の健康状態 |  |

1　訪問入浴サービスの利用の際には、介護者が立会います。

2　訪問入浴サービス事業者、医師及び伊達市社会福祉事務所長の指示に従って、訪問入浴サービスを利用いたします。

3　訪問入浴サービスの利用中に万一事故が発生しても、訪問入浴サービス事業者及び伊達市社会福祉事務所長に対し、その責任を問いません。