令和　年(　　年)　月　日

豊中市長　宛

発災時介護保険サービス利用者安否確認連携にかかる申出書

　当事業者の介護保険サービスを利用されている方々につき、震度６弱以上の地震発生時には利用者及び入所者全員の安否情報について豊中市に提供することを申出します。

事業者名

代表者の職･氏名

住　　所

電　　話

メ ー ル