

医療的ケア児の個人情報提供に関する同意書

江戸川区福祉部障害者福祉課長 殿

下記のとおり、個人情報を利用することについて同意します。

令和 年 月 日

住 所

児 童 氏 名

保 護 者 氏 名

【提供する個人情報】

氏名、住所、生年月日、障害名・病名、手帳の有無、医療的ケアの内容、電話番号

【個人情報の利用目的】

医療的ケアに関するサービス情報の提供、関係機関との調整等

【情報提供先】

医療的ケア児支援に関わる主な部署

(健康サービス課、障害者福祉課、学務課、保育課、医療的ケア児コーディネーター)

【注意事項】

- ・サービス向上のため、ご協力のほどよろしくお願いいたします。
- ・医療的ケアが終了した場合、個人情報の利用を終了します。