

訪問型短期集中サポートサービス個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

- 1 使用する目的、条件、内容については、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書における個人情報使用同意書に準ずる。

追加条件として、

① 使用する目的

市が、吹田市高齢者安心・自信サポート事業実施要綱に従い、私の訪問型短期集中サポートサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議、関係機関との調整等に必要である場合に使用すること。

② 個人情報の内容（例示）

生活行為向上に資するプログラム作成に必要な住環境、本人動作のわかる画像や映像に関する情報

2 使用する期間

年 月 日からサービス提供終了日まで

年 月 日

吹田市長 様

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

利用者家族 住所 _____

利用者との続柄 () 氏名 _____