（区役所・支援機関　原本保管）

**在宅リハビリテーション事業**

**利用及び個人情報提供同意書**

**区福祉保健センター／支援機関　　あて**

年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | |
| 保護者氏名  （児童の場合） |  | （対象者との続柄） |
| 住　　　所 | 〒　　　　　－ | |
| 電話番号 |  | |

**私は、在宅リハビリテーション事業の利用に同意します。また、実施機関へ利用依頼を行う区福祉保健センター及び支援機関(※)が保有する個人情報を、以下に記載するところにより必要最小限の範囲で提供し、実施機関が使用することに同意します。**

**なお、同意した情報は在宅リハビリテーション事業の利用にのみ使用してください。**

支援機関(※)　本事業の依頼を行う包括支援センター、基幹相談支援センター、訪問介護事業所など

1. **提供する個人情報**

氏名、住所、生年月日、障害者手帳情報、要介護認定情報、身体状況、居住環境など

**２. 提供した個人情報の使用目的**

障害や加齢によって生じる生活上の問題の改善や軽減を図ることを目的として、実施機関による訪問、評価、動作指導、技術・情報提供、訓練などを受けるため。

**＜実施機関＞**

社会福祉法人　横浜市リハビリテーション事業団 （横浜市港北区鳥山町1770番地）