

## 個人情報の提供に関する同意書

神奈川県及び市町村が行う医療的ケア児等とその家族に必要な支援及びその検討のため、私は、このシートに記載する診療情報を、居住する市町村が保管・集計し、県及び居住する市町村の関係部署が情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

お子さまの氏名 \_\_\_\_\_

代諾者の氏名 \_\_\_\_\_

※ご記入いただいた内容は、医療的ケア児等とその家族に必要な支援を検討するため、お住まいの市区町村の関係機関と情報共有いたします。  
併せて、神奈川県庁内の関係所属にも情報提供を行います。  
なお、収集した個人情報は本目的以外に利用することはありません。