

障害福祉サービス等の利用に関する個人情報の使用について

(委任状 兼 同意書)

佐世保市長 様

年 月 日

委任者(障害福祉サービス又は障害児通所支援の利用申請者名)

電話番号

現住所

生年月日

氏名

印

年 月 日

(代理記入者・申請者との関係)

氏名

(関係)

私は、下記の者を代理人と定め、障害福祉サービス等の利用に係る計画を作成するために必要な私の個人情報の閲覧又は写しの交付を受けることについて、権限を委任します。

また、私は、代理人が取得した私の個人情報を、障害福祉サービス等の利用に係る計画を作成するために利用することについて同意します。

受任者(代理人、窓口へ来られる方)

電話番号

現住所

(事業所所在地)

氏名

(事業所名称及び受任者名)

(身分証明書の確認)

【注意事項】

- 委任者の欄は、原則として、委任者が記入し、押印してください。
なお、委任者本人による記入が難しい場合は代筆も可能ですが、その場合は、(代理記入者・申請者との関係)欄に代理記入者の氏名・申請者との関係を記入してください。
- 訂正箇所は、委任者の印を押してください。
- 委任の内容について委任者に確認する場合がありますので、ご了承ください。
- 受任者(窓口に来られる方)は、身分証明書など本人確認ができるものをお持ちください。
- 有効期限は、記入した日から1年です。
- 委任状を偽造して個人情報等を取得した場合には、刑事罰の対象になります。