

医療的ケア児・者基本情報記入票

令和３年９月に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が施行され、地方公共団体は、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に係る施策を実施する責務を有しております。こうした中、広島市では、令和４年３月に広島県が全県的に実施した医療的ケア児実態調査において、その調査回答にご協力いただいた医療的ケア児（保護者の方の連絡先）を把握させていただけたことにより、本市支援施策等を適宜、情報提供させていただくことができるようになりました。

ついては、本市支援施策等の情報提供に同意していただける保護者の方は、本記入票を記載の上、広島市健康福祉局障害自立支援課宛てにご返送をお願いします。

医療的ケア児・者ご本人の氏名、住所、生年月日、年齢をご記入ください。		
氏 名		
住 所	〒 —	
生年月日	□平成 □令和 年 月 日	
満年齢（令和５年４月１日現在）		
基礎疾患（主たる疾患）		
必要な医療的ケア		

保護者の方と連絡可能なメールアドレスをご記入ください。

上記「医療的ケア児・者基本情報記入票」の記入内容を含み、調査の回答内容には個人情報が含まれますが、広島市で、厳重に管理した上で取り扱うこととし、災害時の避難行動要支援者名簿の更新や支援施策の検討等の目的以外に利用することはありません。

【 同 意 欄 】

上記個人情報の取扱いなどを踏まえ、広島市への個人情報の提供・利用に同意します。

令和____年____月____日

署 名_____（ 調査対象児・者との続柄：_____ ）