

年 月 日

(宛先) 大田区福祉部長

「おおた介護予防応援事業」への参加に関する同意書

「おおた介護予防応援事業」について

大田区では、介護予防・自立支援の取組みをより一層推進することを目的として、「おおた介護予防応援事業」を実施いたします。

本事業は、区民の皆様と事業者の皆様が一体となって取り組まれている介護予防の取組みを応援していく事業です。

評価の結果、優れた取組みを行った事業者に対して、表彰や事業者PR、事例集の作成等を行い、区全体の介護予防サービスの質の向上に役立てていきたいと考えています。

なお、事業の実施にあたってご提供いただく個人情報の利用については、本事業の目的以外には使用しないとともに、その取扱いには万全をきたします。また、この事業に参加することで、特別な費用がかかることはございません。本事業の趣旨をご理解いただき、ご協力のほどお願いいたします。

上記説明文を読んで、次の事項すべてに同意しましたので、署名・捺印をいたします。

<同意した事項>

- ①ご本人の意思で「おおた介護予防応援事業」に参加すること。
- ②「おおた介護予防応援事業」への参加に伴い、ご本人のお名前、性別、年齢、ご住所、介護保険認定情報、介護給付実績情報、介護保険被保険者資格情報を区へ提供すること。
- ③事業者が介護予防の取組み結果を区に報告し、優れていると認められた場合に事業者の表彰及び取組み内容を事例集等に掲載し周知すること。(事例集等に掲載する場合は、改めてご本人の同意を確認いたします。)
- ④本事業の実施期間中に、ご本人の意思で本同意書を取り下げることができること。

年 月 日

お名前： _____ 印 ※自署の場合は押印不要

代筆者： _____ 印 (ご本人との関係： _____)