

個人情報の確認に関する同意書

明石市長宛

喀痰吸引等を受ける難病患者等（喀痰吸引等実施対象者）

|      |       |
|------|-------|
| フリガナ |       |
| 氏 名  | 印     |
| 住 所  | 明石市   |
| 生年月日 | 年 月 日 |

※本人が手書きできない場合は、代筆のうえ押印してください。

※ 以下は、申請者（事業所）が記入してください。

指導看護師氏名 \_\_\_\_\_ が、

介護職員氏名 \_\_\_\_\_ に指導した喀痰吸引  
の第 3 号研修（実地研修）の指導経費について、

法人名・事業所名 \_\_\_\_\_ が、  
明石市難病患者喀痰吸引第 3 号研修（実地研修）指導経費助成金交付申請を行  
うにあたり、わたしに関する下記の情報を、市長が確認することに同意します。

記

- 1 明石市内に住所を有していること
- 2 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 2 6 年法律第 5 0 号）第 5 条に規定する指定難病の患者又は児童福祉法（昭和 2 2 年法律第 1 6 4 号）第 6 条の 2 第 2 項に規定する小児慢性特定疾病児等であること