

개인정보 조회 사전 동의서

1. 처리하는 사무의 명칭 : 치매치료비 지원

2. 수집·이용·제공하는 개인정보

- 항목 : 성명, 생년월일, 보훈번호, 국가유공자(가족)여부
- 목적 : 치매치료비 지원 대상 여부 확인

■ 위 개인정보와 관련하여 보건소장이

(개인정보 수집·이용) 본인의 위 개인정보를 한국보훈복지의료공단 등 해당기관으로부터 관련 정보통신망(보훈환자 자격확인 시스템)을 제공받아 확인하는 것에 대하여

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

(개인정보 제공) 위 사무처리를 위해 한국보훈복지의료공단(국가보훈처 포함)이 위 개인정보를 관련 정보통신망(보훈환자 자격확인 시스템)을 통하여 지방자치단체 보건소장에 제공하는 것에 대하여

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

■ 위 사무 처리와 관련하여

(개인정보 이용·제공 알림) 위 동의 사항에 대해 「개인정보 보호법」 제17조 제2항 및 제18조 제3항에 따른 안내로 같음하는 것에 대하여

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

(민감정보 및 고유식별정보 처리) 본인은 「개인정보 보호법」 제23조 및 제24조에 따른 고유식별정보(생년월일)에 관하여 고지를 받았으며, 이를 충분히 이해하고 처리하는 것에 대하여

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

(보유 및 이용기간) 귀하의 위 개인정보는 치매치료비 지원 대상 여부 확인 용도 이외에는 사용되지 않으며, 지원대상 여부 확인 후 폐기됩니다.

※귀하는 개인정보의 이용·수집 및 제공, 민감정보 등 처리에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 단, 동의하지 않을 경우에는 치매치료비 지원 대상 여부 확인을 위한 보훈환자 자격확인이 불가능하며 본 업무처리를 위하여 관련 증빙자료를 직접 제출하여야함을 알려드립니다.

년 월 일

위 동의인

성명 :

(서명 또는 인)

보건소장 귀하