

苗栗縣 65 歲以上縣民看診掛號費補助案

【個人資料授權書】

苗栗縣政府（衛生局）為辦理「苗栗縣 65 歲以上縣民看診掛號費補助案」請您提供相關的個人資料僅作為本補助案之用，依「個人資料保護法」之規定，以誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯，同時善盡維護與保密之責。

立同意書人_____（本人）、身分證字號：_____、

出生於：民國_____年_____月_____日、電話：_____

（身分證登記）戶籍地址：苗栗縣_____

如您是 55 歲以上至未滿 65 歲原住民身分縣民；（戶籍登記）身分及族別：_____

為苗栗縣政府（衛生局）辦理「苗栗縣 65 歲以上縣民看診掛號費補助案」之補助對象。本人之個人資料為配合補助之需求，茲聲明並授權如下：

本人同意將個人資料，包含姓名、身分證字號、出生日期、戶籍地址、聯絡電話、手機電話等資料，提供「苗栗縣 65 歲以上縣民看診掛號費補助案」，由衛生局建置「苗栗縣 65 歲以上縣民掛號費補助檢核資訊系統」（以下簡稱「掛號費補助核銷系統」）以供苗栗縣醫療機構建置本人基本資料、擇選符合補助對象、檢核符合補助資格對象每年補助額度上限、向苗栗縣政府（衛生局）補助費用申請等用途。惟僅限於使用於本補助案必要之範圍內，本人個資必須採取安全妥適之保護措施，非經本人同意或法律規定外，不得揭露於第三者（委託資訊廠商除外）或散佈，亦不得於本人未授權或授意進行瀏覽、匯出、複製、保有、利用本人於「掛號費補助核銷系統」包含個人基本資料、補助情形等資料。

※請再次確認您的戶籍地（請勾選） 是 苗栗縣65歲以上(含65歲)縣民。

不是

※請再次確認您的身分（請勾選） 是 55歲以上未滿65歲原住民身分縣民。

不是

※您同意本案以您所提供的個人資料確認您的身份、與您進行聯絡。

※本同意書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。

個人資料之同意提供

一、本人已充分知悉上述告知事項。

二、本人同意苗栗縣基層醫療機構及苗栗縣政府（衛生局）蒐集、處理、利用本人之個人資料，並同意於蒐集目的之存續期間合理利用本人個人資料。

【立同意人】

姓名：_____（簽名或蓋章）中華民國_____年_____月_____日