

様式第1号（第2条関係）

個人情報ファイル簿（単票）

個人情報ファイルの名称	精神障害者保健福祉手帳交付、自立支援医療費（精神通院医療） 公費負担に係る事務	
行政機関等の名称	市長	
個人情報ファイルが利用に供される事務をつかさどる組織の名称	健康福祉部 障がい福祉課	
個人情報ファイルの利用目的	対象者への標記手帳の交付、自立支援医療費（精神通院医療） 公費負担の承認に利用	
記録項目	氏名、性別、生年月日・年齢、住所、電話番号、その他（手帳 等級・番号・受給者番号）、健康状態、病歴、障害、家族状況、 収入状況、公的扶助	
記録範囲	精神障害者保健福祉手帳交付者、自立支援医療費（精神通院医 療）公費負担の受給者	
記録情報の収集方法	本人、本人以外(本人の家族)	
要配慮個人情報が含まれるときは、その旨	精神障害に関する情報が含まれる	
記録情報の経常的提供先		
開示請求等を受理する組織の名称および所在地	(名 称) 健康福祉部 障がい福祉課	
	(所在地) 高島市新旭町北畑5 6 5 番地	
訂正および利用停止に関する他の法令の規定による特別の手續等	無	
個人情報ファイルの種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法第 60 条第 2 項第 1 号 (電算処理ファイル)	<input checked="" type="checkbox"/> 法第 60 条第 2 項第 2 号 (マニュアル処理ファイル)
	政令第 21 条第 7 項に該当する ファイル <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備 考		