

様式第 9 号(第 7 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 | 重度心身障害者（児）医療費助成管理システム | |
| 実施機関の名称 | 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 | 福祉推進部障がい福祉課 | |
| 個人情報ファイルの利用目的 | 重度心身障害者（児）医療費助成の申請受付・支給決定・更新に関する事務のために利用する。 | |
| 記録項目 | 1氏名、2住所、3生年月日、4性別、5電話番号、6個人番号、7家族構成、8障害手帳情報、9所得状況、10口座情報、11医療保険情報、12医療機関受診情報 | |
| 記録範囲 | 重度心身障害者（児）医療費助成受給者とその家族 | |
| 記録情報の収集方法 | 本人・家族からの交付申請書等による申告 | |
| 要配慮個人情報が含まれるときは、その旨 | 含む | |
| 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及び所在地 | (名 称) 宜野湾市総務部総務課 | |
| | (所在地) 〒901-2710 沖縄県宜野湾市野嵩一丁目 1 番 1 号 | |
| 訂正及び利用停止に関する他の法令の規定による特別の手続等 | — | |
| 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 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 | |

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 行政機関等匿名加工情報の提案の募集をする個人情報ファイルである旨 | 非該当 |
| 行政機関等匿名加工情報の提案を受ける組織の名称及び所在地 | — |
| 行政機関等匿名加工情報の概要 | — |
| 作成された行政機関等匿名加工情報に関する提案を受ける組織の名称及び所在地 | — |
| 作成された行政機関等匿名加工情報に関する提案をすることができる期間 | — |
| 備 考 | |

(注) □のある欄は、該当する□内にレ印を記入すること。