

個人情報取扱事務届出事項

個人情報取扱事務を所掌する組織の名称		福祉健康課 福祉係			所掌内の整理番号	460	
開始年月日		変更年月日	2017年4月1日	廃止年月日			
個人情報取扱事務の名称		更生医療の給付事務				事務区分	
						固有事務	
個人情報取扱事務の目的		障害の程度を軽くし又は取り除き,あるいは障害の進行を防いで職業上及び日常生活の便宜を増す為に給付する医療					
個人情報の対象者の範囲		身体障害者手帳の交付を受けた障害者					
個人情報の記録項目	1. 基本事項 <input type="checkbox"/> 個人番号 <input checked="" type="checkbox"/> 識別番号 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> 続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> 顔写真 <input type="checkbox"/> メールアドレス		2. 心身の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 傷病歴 <input checked="" type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 身体特性 <input type="checkbox"/> 性格・性質		4. 社会生活 <input checked="" type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 免許・資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input checked="" type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 銀行口座 <input type="checkbox"/> 団体加入		5. 思想信条等 <input type="checkbox"/> 思想・信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる恐れのある情報 根拠法令又は理由 ()
			3. 家庭生活 <input checked="" type="checkbox"/> 家族状況 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input checked="" type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 居住状況		6. その他 ()		
個人情報の収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 実施機関内 <input checked="" type="checkbox"/> 他の実施機関等 <input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 民間・私人		その他 ()				
個人情報の処理形態	<input type="checkbox"/> 電子計算機処理を含む 利用システムの名称 { }			<input type="checkbox"/> 通信回線による電子計算機の結合			
個人情報の経常的な目的外利用及びその提供先	<input type="checkbox"/> 実施機関内 <input checked="" type="checkbox"/> 他の実施機関等		<input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input checked="" type="checkbox"/> 民間・私人		その他 ()		
個人情報の取り扱いを実施機関以外のもに委託	<input type="checkbox"/> 委託 委託先名称 { }						
特定個人情報ファイル	<input type="checkbox"/> 特定個人情報ファイルに該当する						
備考	★1更正医療判定所・医療の方針・治療効果・給付内容・自己負担額・患者コード・診断書						

※「■」は当該事項に該当、「□」は当該事項に該当しないことを示す。