

個人情報ファイル簿

個人情報ファイルの名称
自立支援医療（精神通院）台帳
個人情報ファイルが利用に供される事務の名称
自立支援医療（精神通院）に関する事務

個人情報ファイルの利用目的	自立支援医療（精神通院）に関する事務における資格管理のために利用する。
記録項目	別紙のとおり
記録範囲	申請書を提出した者（平成 20 年度以降）
記録情報の収集方法	本人の提出書類 市内部での利用及び他の地方公共団体等（市の他の機関を含む。）からの提供
要配慮個人情報	<input checked="" type="checkbox"/> 含まれる
記録情報の経常的提供先	岡山県精神保健福祉センター
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	なし
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） 政令第 21 条第 7 項に該当するファイル <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<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）

行政機関等の名称	美作市長
上記事務をつかさどる組織の名称及び所在地	（名称） 保健福祉部 福祉政策課
	（所在地） 美作市北山 390 番地 2
各総合支所における事務の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 （勝田・大原・東粟倉・作東・英田）
	<input type="checkbox"/> 無
開示請求等を受理する組織の名称及び所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ
	<input type="checkbox"/> （名称） （所在地）

備考	作成日	令和 5 年 4 月 1 日	更新日	年 月 日

個人情報ファイル簿 別紙

個人情報ファイルの記録項目

基本的事項	<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"/> 生年月日・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 住所
	<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> 国籍・本籍	<input type="checkbox"/> 印影
	<input type="checkbox"/> 個人識別符号（個人番号を除く。）		
心身の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康状態	<input type="checkbox"/> 身体の特徴	<input type="checkbox"/> 性格・性質
家庭状況	<input type="checkbox"/> 家庭状況	<input type="checkbox"/> 親族関係	<input type="checkbox"/> 婚姻歴
	<input type="checkbox"/> 居住状況		
社会生活	<input type="checkbox"/> 職業・職歴	<input type="checkbox"/> 学業・学歴	<input type="checkbox"/> 資格
	<input type="checkbox"/> 賞罰		
	<input type="checkbox"/> 成績・評価		
資産・収入	<input type="checkbox"/> 資産状況	<input type="checkbox"/> 収入状況	<input type="checkbox"/> 納税状況
	<input type="checkbox"/> 公的扶助		
要配慮個人情報	<input type="checkbox"/> 人種	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 社会的身分
	<input checked="" type="checkbox"/> 病歴		
	<input type="checkbox"/> 犯罪の経歴	<input type="checkbox"/> 犯罪により害を被った事実	
	<input checked="" type="checkbox"/> 心身機能の障害	<input type="checkbox"/> 健康診断その他の検査の結果	
	<input type="checkbox"/> 医師等による指導又は診療若しくは調剤の事実		
	<input type="checkbox"/> 刑事事件・少年の保護事件に関する手続の事実		
その他の項目			