

別記様式第1号（第2条関係）

その1

番 号	D 02 03
-----	---------

個人情報取扱事務登録簿

平成30年10月 1日届出

事務を所管する組織の名称 (実施機関名)	町 長	事務の所管課等	総務部住民課
-------------------------	-----	---------	--------

1 事務の名称	重度心身障害者医療費助成に関する事務		
2 事務の目的	重度心身障害者の受給資格者に対し、医療費の一部を助成することによって保健の向上に資するとともに福祉の増進を図ることを目的とする。		
3 事務の開始	平成17年 4月 1日		
4 登録年月日	平成30年10月 1日		
5 対象者の範囲	重度心身障害者医療受給対象者		
6 記録項目	別紙のとおり		
7 個人情報の収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 弁護士	<input type="checkbox"/> 本人以外（根拠 第6条第2項第 号） （法令等 ） <input checked="" type="checkbox"/> 実施機関内 <input type="checkbox"/> 民間法人・団体 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 私 人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
8 個人情報の通常的な利用・提供先	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 実施機関内 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 民間法人・団体 <input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 私人 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 目的以外（根拠 第8条第1項第 号） （法令等 ）		
9 個人情報の記録形態	<input checked="" type="checkbox"/> 文 書 <input type="checkbox"/> 図 面 <input type="checkbox"/> 写 真 <input type="checkbox"/> マイクロフィルム <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 録音テープ <input type="checkbox"/> ビデオテープ <input type="checkbox"/> 磁気テープ等 <input type="checkbox"/> フロッピーディスク <input checked="" type="checkbox"/> その他（システム）		
10 個人情報の処理形態	電子計算機処理 <input checked="" type="checkbox"/> 有（オンライン結合） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（相手先 ） <input type="checkbox"/> 無（手書き処理）		
11 外部委託	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（委託先 国保連合会 支払基金（株）I・TEC）		
12 登録変更年月日	平成 年 月 日		
13 登録抹消年月日	平成 年 月 日		
14 備 考			

注1 登録した事項を変更するときは、変更した年月日を登録変更年月日に、変更した記録事項を備考にそれぞれ記入するものとする。

2 登録した事務を廃止したときは、廃止した年月日を記入するものとする。

その2

個人情報の記録項目

	中分類	小分類
基 本 的 事 項	1 識別番号	<input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> 整理番号 <input type="checkbox"/> 通知書番号 <input type="checkbox"/> 納付書番号 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者番号 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者番号 <input checked="" type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号 <input type="checkbox"/> 運転免許証番号 <input checked="" type="checkbox"/> 保険証番号 <input type="checkbox"/> 旅券番号
	2 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 通称名 <input type="checkbox"/> 旧姓 <input checked="" type="checkbox"/> フリガナ <input type="checkbox"/> 法人名
	3 性別	<input checked="" type="checkbox"/> 性別
	4 生年月日・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡年月日
	5 住所・電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 住所歴 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯番号
	6 本籍・国籍	<input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 国籍
	7 親族関係	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 血族・姻族関係
	8 婚姻	<input type="checkbox"/> 婚姻歴
	9 家族構成・続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 家族構成 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養家族の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居
	10 生体情報	<input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 目 <input type="checkbox"/> 虹彩 <input type="checkbox"/> 声 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 指紋
身 体 状 況	1 身体状況	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血液型
社 会 生 活	1 学業・学歴	<input type="checkbox"/> 学歴 <input type="checkbox"/> クラブ活動 <input type="checkbox"/> 学業成績 <input type="checkbox"/> 試験成績 <input type="checkbox"/> 停学・退学の状況
	2 職業・職歴	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 在職期間 <input type="checkbox"/> 職種 <input type="checkbox"/> 役職 <input type="checkbox"/> 勤務成績 <input type="checkbox"/> 試験成績 <input type="checkbox"/> 職歴
	3 表彰	<input type="checkbox"/> 叙位・叙勲 <input type="checkbox"/> 表彰
	4 資格	<input type="checkbox"/> 自動車免許の有無 <input type="checkbox"/> 各種資格
	5 公的扶助	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 恩給
	6 団体活動	<input type="checkbox"/> 所属団体 <input type="checkbox"/> 役職 <input type="checkbox"/> 事業内容
財 産 状 況	1 資産	<input type="checkbox"/> 不動産等の所有状況 <input type="checkbox"/> 有価証券等の所有状況 <input type="checkbox"/> 預貯金
	2 収入	<input checked="" type="checkbox"/> 年収額 <input checked="" type="checkbox"/> 収入内訳
	3 課税額等	<input checked="" type="checkbox"/> 課税額 <input type="checkbox"/> 納税額 <input type="checkbox"/> 評価額 <input type="checkbox"/> 課税標準額 <input type="checkbox"/> 滞納状況 <input type="checkbox"/> 差押状況 <input checked="" type="checkbox"/> 町民税課税の有無
	4 取引銀行	<input checked="" type="checkbox"/> 金融機関 <input checked="" type="checkbox"/> 口座番号

その2

個人情報の記録項目

要 配 慮 個 人 情 報	1 健康状態 2 病歴 3 障害 4 犯罪歴 5 社会的身分 6 思想・信条 7 宗教 8 支持政党	<input type="checkbox"/> 健康診断結果 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中の病気 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病名 <input checked="" type="checkbox"/> 病歴 <input checked="" type="checkbox"/> 既往症 <input type="checkbox"/> 受診状況 <input type="checkbox"/> 介護認定状況等 <input checked="" type="checkbox"/> 障害の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 種類・部位・程度 <input checked="" type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> 処分歴 <input type="checkbox"/> 後見開始の審判の有無 <input type="checkbox"/> 破産の有無 <input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 宗教名 <input type="checkbox"/> 政党名 <input type="checkbox"/> 所属政治団体
そ の 他	1 趣味・嗜好 2 意見・要望 3 災害・被害 4 相談	<input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 嗜好 <input type="checkbox"/> 意見 <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 苦情 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 被害 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 相談内容 <input type="checkbox"/> 指導事項