



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 checked="" type="checkbox"/> 整理番号 <input type="checkbox"/> 通知書番号 <input type="checkbox"/> 納付書番号 <input type="checkbox"/> 被保険者番号 <input 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 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 checked="" type="checkbox"/> 居所 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡先 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 本籍 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 年金 <input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 課税額 <input checked="" type="checkbox"/> 納税額 <input type="checkbox"/> 評価額 <input type="checkbox"/> 課税標準額 <input checked="" type="checkbox"/> 滞納状況 <input type="checkbox"/> 差押状況 <input 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	<input type="checkbox"/> 健康診断結果 <input type="checkbox"/> 治療中の病気
	2 病歴	<input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> 既往症 <input type="checkbox"/> 受診状況 <input type="checkbox"/> 介護認定状況等
	3 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 障害の有無 <input type="checkbox"/> 種類・部位・程度 <input type="checkbox"/> 補装具
	4 犯罪歴	<input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> 処分歴
	5 社会的身分	<input type="checkbox"/> 後見開始の審判の有無 <input type="checkbox"/> 破産の有無
	6 思想・信条	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条
	7 宗教	<input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 宗教名
	8 支持政党	<input type="checkbox"/> 政党名 <input type="checkbox"/> 所属政治団体
そ の 他	1 趣味・嗜好	<input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 嗜好
	2 意見・要望	<input type="checkbox"/> 意見 <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 苦情
	3 災害・被害	<input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 被害 <input type="checkbox"/> 事故
	4 相談	<input type="checkbox"/> 相談内容 <input type="checkbox"/> 指導事項