

様式第 1 号 (第 2 条関係)

個人情報ファイル簿

個人情報ファイルの名称	身体障害者手帳台帳	
行政機関等の名称	沼田市	
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	健康福祉部社会福祉課	
個人情報ファイルの利用目的	身体障害者手帳申請・交付等における管理のために利用する。	
記 録 項 目	1申請年月日、2個人番号、3氏名、4生年月日、5住所、6住民票の続柄、7市民税課税状況(世帯)、8市民税所得割額(世帯)、9所得割額(世帯)、10収入額	
記 録 範 囲	身体障害者手帳交付申請書の提出者	
記 録 情 報 の 収 集 方 法	身体障害者手帳交付申請書の提出したもの	
要配慮個人情報が含まれるときは、その旨	<input checked="" type="checkbox"/> 含む <input type="checkbox"/> 含まない	
記 録 情 報 の 経 常 的 提 供 先	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (県内市町村 ) <input type="checkbox"/> 無	
開示請求等を受理する組織の名称及び所在地	(名 称) ・沼田市健康福祉部社会福祉課 ・沼田市総務部総務課	
	(所在地) 378-8501 沼田市下之町 8 8 8 番地	
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 6 0 条第 2 項第 1 号 (電算処理ファイル) 政令第 2 1 条第 7 項に該当するファイル  <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 法第 6 0 条第 2 項第 2 号 (マニュアル処理ファイル)
備 考		