

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	自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳受給者台帳	
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	自立支援医療（精神通院）及び精神障害者保健福祉手帳の申請・交付等の管理	
記録項目	1名前、2性別、3年齢、4生年月日、5郵便番号、6住所、7電話番号、8疾病名、9受給者番号、10病院名、11有効期間、12送付先、13発送日、14手帳番号、15等級	
記録範囲	自立支援医療（精神通院）及び精神障害者保健福祉手帳の申請者	
記録情報の収集方法	自立支援医療（精神通院）及び精神障害者保健福祉手帳の申請書及び県の交付決定通知	
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 type="checkbox"/> 有（ ） <input checked="" 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888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續等	-	
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)	<input type="checkbox"/> 法第60条第2項第2号 (マニュアル処理ファイル)
	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	
備考		