

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	身障手帳台帳	
市の機関の名称	市長	
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	福祉課	
個人情報ファイルの利用目的	身体障害者手帳の交付等の管理をするため	
記 録 項 目	1 識別番号、2 氏名、3 性別、4 生年月日・年齢、5 住所、6 電話番号、7 障害、8 家庭状況、9 職業・職歴	
記 録 範 囲	身体障害者手帳の交付申請を行った者	
記録情報の収集方法	本人の申告	
要配慮個人情報が含まれるときは、その旨	含む	
記録情報の経常的提供先	無	
開示請求等を受理する組織の名称及び所在地	(名 称) 福祉課	
	(所在地) みよし市三好町小坂 50 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	無	
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		