

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	身体障害者手帳交付台帳	
行政機関等の名称	室蘭市	
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	保健福祉部障害福祉課	
個人情報ファイルの利用目的	身体障害者福祉法に基づく手帳交付事務に利用するため。	
記録項目	1 交付番号、2 交付年月日 （身体障害者） 3 氏名、4 住所、5 生年月日、6 個人番号、7 障害名、8 障害の級別 （保護者） 9 氏名、10 住所、11 続柄 （再交付があるとき） 12 再交付年月日、13 理由	
記録範囲	身体障害者福祉法に基づき手帳交付申請をした者。	
記録情報の収集方法	本人又は代理人からの申請	
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	他の地方公共団体	
開示請求等を受理する組織の名称及び所在地	（名称）保健福祉部障害福祉課	
	（所在地）〒051-8511 北海道室蘭市幸町1番2号	
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	
行政機関等匿名加工情報の 提案の募集をする個人情報 ファイルである旨	-	
行政機関等匿名加工情報の 提案を受ける組織の名称及 び所在地	(実施なし)	
行政機関等匿名加工情報の 概要	(実施なし)	
作成された行政機関等匿名 加工情報に関する提案を受 ける組織の名称及び所在地	(実施なし)	
作成された行政機関等匿名 加工情報に関する提案をす ることができる期間	(実施なし)	
記録情報に条例要配慮個人 情報が含まれているときは その旨	含まない	
備 考	-	