

様式第 1 号

個人情報ファイル簿

個人情報ファイルの名称	高齢者インフルエンザ予防接種対象者ファイル		
実施機関の名称	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	健康こども部健康増進課		
個人情報ファイルの利用目的	疾病の発生及びまん延を予防するために利用する。		
記録項目	基本的事項 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 識別番号 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> その他 ()	家庭生活 <input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住状況 <input type="checkbox"/> その他 ()	社会生活 <input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 地位・役職 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格・賞罰 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 趣味・嗜好 <input type="checkbox"/> その他 ()
	心身の状況 (要配慮個人情報に該当するものを除く。)	経済活動	その他
	<input type="checkbox"/> 健康状況 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 資産状況 <input type="checkbox"/> 収入状況 <input checked="" type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> 取引状況 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 意見・要望 <input type="checkbox"/> 相談内容 <input type="checkbox"/> その他 ()
記録範囲	65歳以上又は60歳以上65歳未満で内部疾患により身体障害者手帳 1 級の交付を受けている者		
記録情報の収集方法	本人		
要配慮個人情報が含まれるときは、その旨	<input type="checkbox"/> 含む <input checked="" type="checkbox"/> 含まない		
記録情報の経常的提供先			
開示請求等を受理する組織の名称及び所在地	(名 称) 奥州市健康こども部健康増進課		
	(所在地) 〒023-8501 岩手県奥州市水沢大手町一丁目 1 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			