

様式第2号（第3条関係）

個人情報ファイル簿

個人情報ファイルの名称	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書ファイル	
行政機関等の名称	福井県知事	
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	健康福祉部保健予防課疾病対策グループ	
個人情報ファイルの利 用 目 的	小児慢性特定疾病医療費助成制度の受給資格審査及び受給者証交付のために使用する。	
記 録 項 目	1 病名、2 受給者番号、3 氏名、4 性別、5 生年月日、6 住所、7 電話番号、8 加入医療保険、9 医療保険の被保険者氏名、10 支給認定世帯員、11 療養状況、12 保護者氏名及び住所（受給者が未成年の場合）、13 所得状況、14 医療費の上限額の区分、15 利用医療機関、16 マイナンバー	
記 録 範 囲	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書・小児慢性特定疾病記載事項変更届・再交付申請届、マイナンバー届を提出した者（平成27年度以降）	
記録情報の収集方法	申請者が住民票を置いている市町を管轄する保健所に持参もしくは郵送	
要 配 慮 個 人 情 報	<input checked="" type="checkbox"/> 含む <input type="checkbox"/> 含まない	
記録情報の経常的提供先	疾病の診断書を記載した医療機関、受給者（申請者）が居住する市町（氏名、加入保険、所得階層区分、高額療養費適用区分、自己負担限度額）	
開示請求等を受理する組織の名称および所在地	（名 称）福井県健康福祉部保健予防課疾病対策グループ	
	（所在地）〒910-8580福井市大手3丁目17-1	
訂正およ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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
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に該当する場合		
行政機関等匿名加工情報の提案を受ける組織の名称および所在地		
提案に係る行政機関等匿名加工情報を作成した場合		
行政機関等匿名加工情報の概要		
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および所在地		
作成された行政機関等匿名加工情報に関する提案ができる期間		

備	考
---	---