

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	精神障害者保健福祉手帳台帳ファイル	
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	福井県総合福祉相談所 精神保健福祉課	
個人情報ファイルの利用目的	精神障害者保健福祉手帳交付者の管理のため	
記録項目	1 手帳番号、2 等級、3 交付日、4 有効期間、5 障害名、5 氏名、6 生年月日、7 住所、8 個人番号、9 保護者氏名、10 保護者生年月日、11 保護者住所、12 保護者続柄	
記録範囲	精神障害者保健福祉手帳交付者	
記録情報の収集方法	提出された精神障害者保健福祉手帳申請書	
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	—	
開示請求等を受理する組織の名称および所在地	(名称) 総合福祉相談所	
	(所在地) 〒910-0026 福井市光陽2丁目3-36	
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 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	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" 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		