

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	感染症入院勧告患者の自己負担額認定ファイル	
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、各健康福祉センター	
個人情報ファイルの利用目的	感染症法に基づく医療費の公費負担を受けているものの審査のために利用する。	
記録項目	1 申請者氏名、2 住所、3 患者氏名、4 世帯構成（氏名、性別、年齢、患者との続柄、職業（勤務先）、所得税年額、生保需給の有無）、5 所得税総額、6 自己負担額	
記録範囲	入院医療費の請求があった者	
記録情報の収集方法	医療機関	
要配慮個人情報	<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および所在地	(名称) 健康福祉部保健予防課、各健康福祉センター (所在地) 上記施設の各所在地	
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 type="checkbox"/> 法第60条第2項第1号（電算処理ファイル） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 法第60条第2項第2号（マニュアル処理ファイル）
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		