

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届出番号		保038	
届出年月日	平成17年10月3日	変更年月日	平成31年4月1日	廃止年月日	
事務の名称	一般防疫				
事務を所掌する	事務担当課	各区保健福祉センター健康課、環境局保健環境研究所、保健福祉局保健予防課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
組織の名称	事務の区分	共通・固有			
事務の目的	感染症の予防、まん延防止のため				
事務の概要	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づいて行う感染症対策				
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	<input type="checkbox"/> 識別番号等 <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"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭状況 <input checked="" type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 職業・職歴 <input checked="" type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
個人情報に係る本人の範囲	感染者及びその家族、感染者の接触者、検査希望者				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 [家族、医療機関]				
収集方法	感染者及びその家族からの聞き取り 検査希望者からの聞き取り				
経常的な利用の範囲・提供先	<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input checked="" type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課：保健福祉局生活衛生部食品安全推進課、各区保健福祉センター衛生課] ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課：、] ] <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方：] ] <input checked="" type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	一類感染症、二類感染症及び三類感染症発生届出票				
	四類感染症発生届出票				
閲覧等の制度	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】				
	<input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
	【期間】 <input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ] ] 【根拠法令等】				
備考	変更年月日：平成25年4月1日      変更項目：届出担当課（部名） 変更年月日：平成31年4月1日      変更項目：個人情報に係る本人の範囲・収集方法（追記）				

















個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届出番号		保048	
届出年月日	平成17年10月3日	変更年月日	令和3年7月1日	廃止年月日	
事務の名称	特定疾患治療研究事業事務				
事務を所掌する	事務担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課、各区保健福祉センター健康課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
組織の名称	事務の区分	共通・固有			
事務の目的	特定疾患患者の医療費の公費負担				
事務の概要	特定疾患治療研究事業に基づいて、市内居住者から申請を受け、県に進達する。				
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	<input checked="" type="checkbox"/> 識別番号等 <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"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input checked="" type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input checked="" type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険 <input type="checkbox"/>
個人情報に係る本人の範囲	申請者				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
収集方法	特定疾患医療受給者証交付申請書の提出				
経常的な利用の範囲・提供先	<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課: ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課: ] <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方: ] <input type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	特定疾患医療受給者台帳				
	特定疾患医療受給者証交付申請書(写)				
閲覧等の制度	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】				
	<input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
	【期間】				
	<input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]				
	【根拠法令等】				
備考	変更年月日：平成25年4月1日    変更項目：事務担当課・届出担当課（部名） 変更年月日：令和3年7月1日    変更項目：事務の概要				

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届出番号		保049	
届出年月日	平成17年10月3日	変更年月日	平成25年4月1日	廃止年月日	
事務の名称	先天性血液凝固因子障害等治療研究事業事務				
事務を所掌する	事務担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
組織の名称	事務の区分	共通・ <u>固有</u>			
事務の目的	先天性血液凝固因子障害者の医療費の公費負担。				
事務の概要	先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に基づいて、市内居住者から申請を受け、県に進達する。				
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	<input checked="" type="checkbox"/> 識別番号等 <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"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input checked="" type="checkbox"/> 公的扶助 <input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険 <input type="checkbox"/>
個人情報に係る本人の範囲	先天性血液凝固因子障害者				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
収集方法	先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書の提出				
経常的な利用の範囲・提供先	<input type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課: ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課: ] <input checked="" type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方: ] <input type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書(写)				
	先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書(写)				
閲覧等の制度	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】 <input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
備考	【期間】				
	<input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ] 【根拠法令等】				
備考	変更年月日：平成25年4月1日 変更項目：事務担当課・届出担当課(部名)				













個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届出番号		保239	
届出年月日	令和元年6月4日	変更年月日		廃止年月日	
事務の名称	結核予防事務(指定医療機関)				
事務を所掌する	事務担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課、各区健康課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部保健予防課			
組織の名称	事務の区分	共通・固有			
事務の目的	結核患者の医療費の公費負担				
事務の概要	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づいて結核医療費の公費負担を行う。				
個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	思想・信条・宗教等	家庭生活	社会生活
	<input type="checkbox"/> 識別番号等 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 生年月日・年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健康・病歴 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報 <input type="checkbox"/> 人種・民族 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住関係 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助
個人情報に係る本人の範囲	申請者				
収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
収集方法	結核指定医療機関に関する届出書の提出				
経常的な利用の範囲・提供先	<input checked="" type="checkbox"/> 担当課のみ <input type="checkbox"/> 実施機関内 [担当課: ] <input type="checkbox"/> 他の実施機関 [担当課: ] <input type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理以外 <input type="checkbox"/> 電子計算機処理 電子計算組織の結合の有無 <input type="checkbox"/> 有 [相手方: ] <input type="checkbox"/> 無				
主な公文書の名称	医療機関指定申請書(結核)		指定医療機関指定書再発行願(結核)		
	医療機関指定書(写)				
	指定医療機関変更届(結核)				
	指定医療機関辞退届(結核)				
閲覧等の制度	【公文書の名称】				
	【閲覧等の種別】				
	<input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 閲覧・縦覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 各種証明書の発行) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 利用停止				
	【期間】				
備考	<input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> 限定あり [ ]				
	【根拠法令等】				

