

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目錄

		届出番号		保〇２８	
届出年月日		平成17年10月3日		変更年月日 令和2年6月29日	
事務の名称		歯科節目健診（歯周疾患検診）事務			
事務を所掌する組織の名称		事務担当課		保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター	
		届出担当課		保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター	
事務の区分		共通・固有			
事務の目的		成人期以降の歯周疾患による歯の喪失を予防するため、35・40・50・60・70歳の市民を対象に、歯周疾患検診を実施する。			
事務の概要		１ 対象 受診する年度に35・40・50・60・70歳になる市民 ２ 受診回数 35・40・50・60・70歳の期間に1回 ３ 実施方法 市歯科医師会委託（指定医療機関で受診） ４ 自己負担金 700円			
個人情報 記録項目		基本的事項		心身の状況	
		<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		思想・信条・宗教等		家庭生活	
		<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 checked="" type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				社会生活	
				<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 <input type="checkbox"/>	
個人情報に係る本人の範囲		受診者			
収集先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" 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		歯科健康診査			
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 type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 [委託先：福岡市歯科医師会]			
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		歯周疾患検診（節目歯科健診）票			
		歯周疾患検診（節目歯科健診）台帳			
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23年4月1日 変更項目：事務の名称、事務の目的、事務の概要、主な公文書の名称 変更年月日：平成24年4月1日 変更項目：事務担当課、届出担当課、事務の概要 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、事務の目的 変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：個人情報の処理形態、収集先 変更年月日：令和2年6月29日 変更項目：事務の名称、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 0 2 9	
届 出 年 月 日	平成17年10月3日		変 更 年 月 日	令和2年6月29日	
事 務 の 名 称	乳幼児歯科健康診査事務				
事 務 を 所 掌 す る	事 務 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター			
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター			
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有			
事 務 の 目 的	幼稚園、保育園児に対し、各園でむし歯の早期発見・治療の指導を行うため、年1回、歯科健康診査を実施する。				
事 務 の 概 要	1 対 象 幼稚園、保育園児 2 受診回数 年1回				
	3 実施方法 各園で歯科健康診査を実施 4 根拠法令 母子保健法13条				
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 type="checkbox"/> 住所・居所 <input 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"/> 在園名 <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"/> <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"/>	<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"/> <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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
個 人 情 報 に 係 る 本 人 の 範 囲	受診者および保護者				
収 集 先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" 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	歯科健康診査				
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 type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔委託先：福岡市歯科医師会 〕				
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	乳幼児歯科健康診査票				
	乳幼児歯科健康診査台帳				
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〔 〕				
備 考	【根拠法令等】				
	変更年月日：平成20年4月1日 変更項目：届出担当課、事務担当課 変更年月日：平成24年4月1日 変更項目：事務担当課、届出担当課 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 変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：基本的事項、収集先、経常的な利用の範囲・提供先 変更年月日：令和2年6月29日 変更項目：事務の目的、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 0 3 0		
届 出 年 月 日	平成17年10月3日	変 更 年 月 日	平成26年12月3日	廃 止 年 月 日		
事 務 の 名 称	妊婦歯科健康診査事務					
事 務 を 所 掌 す る	事 務 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター				
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター				
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有				
事 務 の 目 的	妊婦を対象に歯科健康診査を実施し、歯科疾患を早期発見し、必要に応じて受診勧奨を行う。					
事 務 の 概 要	1 対 象 妊婦					
	2 実施方法 市歯科医師会委託（指定医療機関で受診）					
	3 根拠法令 母子保健法13条					
	4 自己負担金 無料					
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"/> 健康・病歴	<input type="checkbox"/> 思想	<input type="checkbox"/> 親族関係	<input type="checkbox"/> 職業・職歴	
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 婚姻歴	<input type="checkbox"/> 学業・学歴	
	<input checked="" type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 家庭状況	<input type="checkbox"/> 資格	
	<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報	<input type="checkbox"/> 居住関係	<input type="checkbox"/> 賞罰	
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人種・民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 趣味	
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 犯罪歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 成績・評価	
	<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 財産・収入	
	<input type="checkbox"/> 本籍・国籍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 納税状況	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 公的扶助	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	個人情報に係る本人の範囲	受診者				
	収 集 先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" 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	歯科健康診査					
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 type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体					
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 〔委託先：福岡市歯科医師会 〕					
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	妊婦歯科健康診査票					
	妊婦歯科健康診査台帳					
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〔 〕					
備 考	【根拠法令等】					
	変更年月日：平成23年4月1日 変更項目：事務担当課、事務の区分、事務の目的、事務の内容、経常的な利用の範囲・提供先					
	変更年月日：平成24年4月1日 変更項目：事務担当課、届出担当課、事務の概要					
	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					
変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：基本的事項、個人情報に係る本人の範囲、収集先						

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届 出 番 号		保 0 3 1	
届 出 年 月 日	平成17年10月3日	変 更 年 月 日	平成26年12月3日	廃 止 年 月 日	
事 務 の 名 称	障がい児歯科健康診査事務				
事務を所掌する	事 務 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター			
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター			
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有			
事 務 の 目 的	障がい児の早期からのむし歯等の歯科疾患を予防し、かかりつけ歯科医を持つことを目的に、委託医療機関による歯科健康診査を年1回実施する。				
事 務 の 概 要	1 対 象 就学前の乳幼児で、療育等の必要が認められた者 2 受診回数 年1回 3 実施方法 市歯科医師会委託（指定医療機関で受診） 4 自己負担金 無料				
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 checked="" type="checkbox"/> 通園名 <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"/> <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"/> <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"/> <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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
個人情報に係る本人の範囲	就学前の乳幼児で、療育等の必要が認められた者および保護者				
収 集 先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" 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	歯科健康診査				
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 type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〔 委託先：福岡市歯科医師会 〕				
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	障がい児歯科健康診査票				
	障がい児歯科健康診査台帳				
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20年4月1日 変更項目：届出担当課、事務担当課 変更年月日：平成24年4月1日 変更項目：事務担当課、届出担当課 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 変更年月日：平成26年12月3日 変更項目：基本的事項、収集先				

個人情報取扱事務届出書兼個人情報目録

		届 出 番 号		保 2 5 5		
届 出 年 月 日	令和3年7月1日	変 更 年 月 日		廃 止 年 月 日		
事 務 の 名 称	産婦歯科健康診査事務					
事 務 を 所 掌 す る	事 務 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター				
	届 出 担 当 課	保健福祉局健康医療部口腔保健支援センター				
組 織 の 名 称	事 務 の 区 分	共 通 ・ 固 有				
事 務 の 目 的	産婦を対象に歯科健康診査を実施し、歯科疾患を早期発見し、必要に応じて受診勧奨を行う。					
事 務 の 概 要	1 対 象 産後1年以内の産婦					
	2 実施方法 市歯科医師会委託（指定医療機関で受診）					
	3 根拠法令 母子保健法13条					
	4 自己負担金 無料					
個 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"/> 健康・病歴	<input type="checkbox"/> 思想	<input type="checkbox"/> 親族関係	<input type="checkbox"/> 職業・職歴	
	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 婚姻歴	<input type="checkbox"/> 学業・学歴	
	<input checked="" type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 身体的な特性・能力	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 家庭状況	<input type="checkbox"/> 資格	
	<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢	<input type="checkbox"/> 性格	<input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる情報	<input type="checkbox"/> 居住関係	<input type="checkbox"/> 賞罰	
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所・居所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人種・民族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 趣味	
	<input checked="" type="checkbox"/> 電話・ファックス番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 犯罪歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 成績・評価	
	<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 財産・収入	
	<input type="checkbox"/> 本籍・国籍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 納税状況	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 公的扶助	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	個人情報に係る本人の範囲	受診者				
	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 〔歯科医院〕				
収 集 方 法	歯科健康診査					
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 type="checkbox"/> 国又は他の地方公共団体					
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 〔委託先：福岡市歯科医師会〕					
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	福岡市産婦歯科健康診査助成券					
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】					