

		届出番号		保256	
届出年月日		令和3年6月30日		変更年月日	
事務の名称		特別給付金交付事業			
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医療事業課			
	届出担当課	保健福祉局健康医療部医療事業課			
事務の区分		共通・固有			
事務の目的		新型コロナウイルス感染拡大の防止並びに地域における医療提供体制の確保及び維持			
事務の概要		新型コロナウイルスに感染した市民の入院を受け入れて治療を行った医療機関に対し、特別給付金を交付する。			
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 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 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"/>	<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"/> 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		新型コロナウイルスに感染し入院した市民本人のみ			
収集先		<input 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 [医療機関]			
収集方法		収集先機関からの申請			
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		福岡市入院受入特別給付金口座振替依頼書兼誓約書、名簿			
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					