

第 8 号の 2 様式（第 1 0 条の 2 関係）

個 人 情 報 フ ァ イ ル 簿

令和 6 年 4 月 1 日

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|--------------|--------------|-----------|----------|------|-----------|--------|----------|-----------|--------|---------|---------------|-----------|--------------|---------|----------|----------|---------|--------|----------|----------|----------|--------------|-----------|------------|---------|-----------|------------|-------------|---------|------------------------|----------|---------------------------|----------|
| 個 人 情 報<br>フ ァ イ ル の 名 称              | 東京都心身障害者医療費助成ファイル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 行 政 機 関 等 の 名 称                       | 東京都板橋区長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 個人情報ファイルが<br>利用に供される事務を<br>つかさどる組織の名称 | 福祉部 障がいサービス課<br>担当 障がい相談係<br>電話番号 03（ 3579 ） 2362                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 個 人 情 報 フ ァ イ ル<br>の 利 用 目 的          | 障害者基本法（昭和四十五年五月二十一日法律第八十四号）第十四条第一項に、「国及び地方公共団体は、障害者が生活機能を回復し、取得し、又は維持するために必要な医療の給付及びリハビリテーションの提供を行うよう必要な施策を講じなければならない。」と定められており、東京都は「心身障害者の医療費の助成に関する条例」、「心身障害者の医療費の助成に関する条例施行規則」（以下、「規則」）を定め、心身障害者の医療費を助成し、障害者に必要な医療の給付を行い、また障がい者の経済的な負担の軽減を図っている。<br>板橋区では「東京都の事務における特別区の事務処理特例に関する条例」別表三十の項で規定する心身障害者医療費助成制度（以下、マル障）の受給者証の交付に係る申請の受理、医療費の支払い等の事務を適切に行うために利用し、保管している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 記 録 項 目                               | <table><tr><td>1 氏名・個人番号・世帯番号</td><td>19 心身障害者医療費助成受給者交付年月日</td></tr><tr><td>2 住所・郵便番号・方書</td><td>20 心身障害者手帳種別</td></tr><tr><td>3 生年月日・年齢</td><td>21 障害の程度</td></tr><tr><td>4 性別</td><td>22 手帳 NO.</td></tr><tr><td>5 電話番号</td><td>23 手帳交付日</td></tr><tr><td>6 続柄・家族構成</td><td>24 診断日</td></tr><tr><td>7 世帯主氏名</td><td>25 現金給付 受付年月日</td></tr><tr><td>8 住所を定めた日</td><td>26 現金給付 受付番号</td></tr><tr><td>9 死亡年月日</td><td>27 診断年月日</td></tr><tr><td>10 転出年月日</td><td>28 申請種別</td></tr><tr><td>11 転出先</td><td>29 支給年月日</td></tr><tr><td>12 保険者番号</td><td>30 支給額合計</td></tr><tr><td>13 被保険者記号・番号</td><td>31 受診医療機関</td></tr><tr><td>14 生保受給者番号</td><td>32 診療期間</td></tr><tr><td>15 取引金融機関</td><td>33 手帳の有効期間</td></tr><tr><td>16 口座の種類・番号</td><td>34 施設種別</td></tr><tr><td>17 心身障害者医療費<br/>助成受給者番号</td><td>35 施設入所日</td></tr><tr><td>18 心身障害者医療費助成<br/>受給者証有効期間</td><td>36 施設退所日</td></tr></table> | 1 氏名・個人番号・世帯番号 | 19 心身障害者医療費助成受給者交付年月日 | 2 住所・郵便番号・方書 | 20 心身障害者手帳種別 | 3 生年月日・年齢 | 21 障害の程度 | 4 性別 | 22 手帳 NO. | 5 電話番号 | 23 手帳交付日 | 6 続柄・家族構成 | 24 診断日 | 7 世帯主氏名 | 25 現金給付 受付年月日 | 8 住所を定めた日 | 26 現金給付 受付番号 | 9 死亡年月日 | 27 診断年月日 | 10 転出年月日 | 28 申請種別 | 11 転出先 | 29 支給年月日 | 12 保険者番号 | 30 支給額合計 | 13 被保険者記号・番号 | 31 受診医療機関 | 14 生保受給者番号 | 32 診療期間 | 15 取引金融機関 | 33 手帳の有効期間 | 16 口座の種類・番号 | 34 施設種別 | 17 心身障害者医療費<br>助成受給者番号 | 35 施設入所日 | 18 心身障害者医療費助成<br>受給者証有効期間 | 36 施設退所日 |
| 1 氏名・個人番号・世帯番号                        | 19 心身障害者医療費助成受給者交付年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 2 住所・郵便番号・方書                          | 20 心身障害者手帳種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 3 生年月日・年齢                             | 21 障害の程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 4 性別                                  | 22 手帳 NO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 5 電話番号                                | 23 手帳交付日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 6 続柄・家族構成                             | 24 診断日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 7 世帯主氏名                               | 25 現金給付 受付年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 8 住所を定めた日                             | 26 現金給付 受付番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 9 死亡年月日                               | 27 診断年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 10 転出年月日                              | 28 申請種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 11 転出先                                | 29 支給年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 12 保険者番号                              | 30 支給額合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 13 被保険者記号・番号                          | 31 受診医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 14 生保受給者番号                            | 32 診療期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 15 取引金融機関                             | 33 手帳の有効期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 16 口座の種類・番号                           | 34 施設種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 17 心身障害者医療費<br>助成受給者番号                | 35 施設入所日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |
| 18 心身障害者医療費助成<br>受給者証有効期間             | 36 施設退所日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                       |              |              |           |          |      |           |        |          |           |        |         |               |           |              |         |          |          |         |        |          |          |          |              |           |            |         |           |            |             |         |                        |          |                           |          |

|                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                         |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| 記 録 範 囲                          | ・ マル障受給者証の交付申請をした者、または交付を受けている者（障がい者本人が 20 歳未満の時は、本人が加入している健康保険の被保険者を含む）<br>・ マル障医療費の償還払い申請をした者 （資格消滅まで）                                                                               |                                                         |
| 記録情報の収集方法                        | 収集の相手方： マル障交付申請書を提出した者及びマル障医療助成費申請書を提出した者<br>収集の手段： 窓口申請（紙）、郵送申請（紙）                                                                                                                    |                                                         |
| 要配慮個人情報が含まれるときは、その旨              | <input checked="" type="checkbox"/> 含む（上記記録項目の番号：20, 21 ）<br><input type="checkbox"/> 含まない                                                                                             |                                                         |
| 記録情報の経常的提供先                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり（経常的提供先 東京都 口座振替事務委託先事業者 ）<br><input type="checkbox"/> なし                                                                                        |                                                         |
| 開示請求等を受け受理する組織の名称及び所在地           | 東京都板橋区総務部区政情報課                                                                                                                                                                         |                                                         |
|                                  | 〒173-8501<br>東京都板橋区板橋 2 - 6 6 - 1                                                                                                                                                      |                                                         |
| 訂正及び利用停止に関する他の法令の規定による特別の手続等     | <input type="checkbox"/> あり（他の法令の規定 ）<br><input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                                        |                                                         |
| 個人情報報告ファイルの種別                    | <input checked="" type="checkbox"/> 法第 60 条第 2 項第 1 号（電算処理ファイル）<br><input type="checkbox"/> 政令第 21 条第 7 項に該当するファイル<br><input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | <input 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 |                                                                                                                                                                                        |                                                         |

|                                      |                |             |
|--------------------------------------|----------------|-------------|
| 行政機関等匿名加工情報の提案を受ける組織の名称及び所在地         |                |             |
| 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及び所在地 |                |             |
| 作成された行政機関等匿名加工情報に関する提案をすることができする期間   |                |             |
| 備考                                   | 業務の名称          | 医療費助成に関する業務 |
|                                      | ファイルに記録される本人の数 | 約 5,000 人   |
|                                      | その他            |             |