

様式第2号（第4条関係）

保有個人情報開示請求書

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

住所又は居所	(郵便番号)
ふりがな 氏名	
連絡先 (電話番号)	

個人情報の保護に関する法律第76条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

請求に係る保有個人情報の内容	
保有個人情報を特定するために必要となる事項 <small>(記録されている行政文書の名称、申請書の場合は申請年月日等)</small>	
※希望する開示の実施方法	<p>1 開示の実施方法</p> <input type="checkbox"/> 閲覧（視聴及び聴取を含む。）のみを希望する。 <input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/> 写しの郵送 <p>2 閲覧（視聴及び聴取を含む。）の方法</p> <input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による <p>3 写しの交付の方法</p> <input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> 録音テープ <input type="checkbox"/> ビデオテープ <input type="checkbox"/> 光ディスク
※希望する開示の実施の日時 <small>(広域連合事務所において実施)</small>	<p>年 月 日 ()</p> <p>午前 時 分から 午前 時 分までの間</p> <p>午後 時 分から 午後 時 分までの間</p>

代理人が請求する場合には、次の欄にも記入してください。

本人の氏名及び住所又は居所	ふりがな 氏名	
	住所又は居所	(郵便番号)
	連絡先(電話番号)	

次の欄は記入する必要がありません。

本人等確認書類	<p>< 1点目 ></p> <p>(1) 本人(個人番号カード・資格確認書・その他 ())</p> <p>(2) 代理人(個人番号カード・資格確認書・その他 ())</p> <p>< 2点目(郵送による請求の場合のみ) ></p> <p>※請求日30日以内に作成されたもの。かつ、1点目とは異なるものに限りません。</p> <input type="checkbox"/> 住民票の写し(コピー不可) <input type="checkbox"/> その他 ()
代理資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
担当課	(電話番号)
備考	

(裏面もお読みください)

- (注) 1 該当する番号を○印で囲み、各欄に必要な事項を記入してください。
- 2 ※のある欄は、希望する場合のみ記入してください。□のある欄は、該当する□に
✓印を付してください。
- 3 請求に係る保有個人情報の内容については、できるだけ具体的に記入してください。
なお、記入に当たっては、係員と相談してください。
- 4 写しの作成に要する費用は、請求者の負担となります。費用の額は、係員にお問い
合わせください。
- 5 電磁的記録の開示は、閲覧又は写しの交付に準ずる方法により行います。詳しくは、
係員にお問い合わせください。
- 6 希望する開示の実施の日時は、担当課等と調整の上、記入してください。
- 7 請求の際には、本人又は代理人本人であることを証明するために必要な書類（個人
番号カード・資格確認書・運転免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。
- 8 法定代理人が請求する場合には、法定代理人に係る注7の書類のほか、その資格を
証明する書類（戸籍抄本等）を、本人の委任による代理人が請求する場合には、本人
の委任による代理人に係る注7の書類のほか、本人が承諾した旨を証明する書類（委
任状等）を提出し又は提示してください。
- 9 開示に関する連絡は、今後、担当課が行います。