

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

開示請求者  
住所(居所)  
氏名  
  
電話番号

保有個人情報開示請求書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第15条第1項(第2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。

1 開示請求に係る保有個人情報の内容		
2 開示の実施の方法の区分 (希望する方法の番号を で 囲んでください。)	(1) 閲覧・視聴 (2) 写しの交付( 郵送希望)	
3 本人の状況等	本人の状況 未成年者( 年 月 日生) 成年被後見人	
法定代理人 が請求する場 合に記入して ください。	本人 氏名	
	住所 (居所)	
	電話番号	

注

- 1 法人である法定代理人にあつては、事務所又は事業所の所在地を開示請求者住所の箇所に、その名称及び代表者の氏名を開示請求者氏名の箇所に記載してください。
- 2 法人である法定代理人にあつては、開示請求者電話番号の箇所に続けて担当課及び担当者名を付記してください。
- 3 「開示請求に係る保有個人情報の内容」の欄は、保有個人情報を特定できるよう、公文書の件名又は知りたい事項の概要を具体的に記入してください。
- 4 のある欄は、該当する にレ印を付けてください。
- 5 本人が請求する場合は、本人であることを確認するに足りる書類（運転免許証、旅券等）を係員に提示し、又は提出してください。
- 6 法定代理人が請求する場合は、法定代理人自身の注5に掲げる書類のほか、法定代理人であることを確認するに足りる書類（戸籍謄本等）を係員に提示し、又は提出してください。
- 7 郵送により請求をする場合や写し等の送付を希望する場合は、請求者資格や住所を確認するため、鹿児島県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則第6条第1項又は第2項に規定する書類又はその写しを併せて提出してください。

職員記入欄

受付年月日	年 月 日
事務担当課	課 電話番号 内線
請求者本人の確認	運転免許証 旅券 その他（ ）
請求者の住所の確認	住民票 その他（ ）
法定代理人の資格確認	戸籍謄本 その他（ ）
備考	