

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 氏	がな 名	
連絡先（電話番号）		
<p>大阪府後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第12条第1項の規定により、次のとおり保有 大阪府後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第12条第2項 個人情報の開示を請求します。</p>		
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（例えば申請書を提出した場合は、申請書の提出年月日等）		
※希望する開示の実施方法	<p>1 開示の実施方法</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧（視聴及び聴取を含む。）のみを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。</p> <p>2 閲覧（視聴及び聴取を含む。）の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による</p> <p>3 写しの交付の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> 録音カセットテープ</p> <p><input type="checkbox"/> ビデオカセットテープ <input type="checkbox"/> フロッピーディスク</p> <p><input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD-R</p>	
※希望する開示の実施の日時	<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>午前（午後） 時 分から午前（午後） 時 分までの間</p>	
<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。</p>		
本人の氏名及び住所又は居所	ふり 氏	がな 名
	住所又は居所	(郵便番号)
	連絡先（電話番号）	
<p>次の欄は記入する必要がありません。</p>		
本人等確認書類	<p>(1) 本人（運転免許証・旅券・その他（ ））</p> <p>(2) 代理人（運転免許証・旅券・その他（ ））</p>	
代理資格確認書類	<p><input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書</p> <p><input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p>	
担当課	(電話番号 (内線))	
備考		
<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>7 請求の際には、本人であることを証明するために必要な書類（運転免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。</p> <p>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。</p> <p>9 開示に関する連絡は、今後、担当課が行います。</p>		