

様式第17号（第15条関係）

保有個人情報訂正請求書

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) | | |

| | |
|--|----------------------|
| 大阪府後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第25条第1項 大阪府後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第25条第3項において 準用する同条例第12条第2項 | の規定に より、次の とおり |
|--|----------------------|

保有個人情報の訂正を請求します。

| | |
|--|-----|
| 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 (例えば申請書を提出した場合は、 申請書の提出年月日等) | |
| 訂正を求める箇所 | |
| 訂正を求める内容 | 訂正前 |
| | 訂正後 |

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 氏 | がな 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 | (1) 本人 (運転免許証・旅券・その他 ()) (2) 代理人 (運転免許証・旅券・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 (内線)) |
| 備 考 | |

- (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 請求の際には、訂正を求める内容が事実と合致することを証明する資料を提出し、又は提示してください。
 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 請求の際には、保有個人情報開示決定通知書又は保有個人情報部分開示決定通知書を持参してください。
 5 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。
 6 法定代理人が請求する場合には、法定代理人に係る注5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5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。
 7 訂正に関する連絡は、今後、担当課が行います。