

年 月 日

（宛先）香川県後期高齢者医療広域連合議会議長

請求者 住 所
 （居所）
 氏 名
 電話番号

保有個人情報開示請求書

香川県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第19条第1項の規定により、保有個人情報の開示を次のとおり請求します。

請求内容	1 保有個人情報の区分等	区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		住 所	(本人の場合は記入不要)
		氏 名	(本人の場合は記入不要)
	2 開示を請求する保有個人情報の内容		
	(行政文書の特定に必要ですので、できるだけ具体的に記入してください。)		
	3 開示の方法	<input type="checkbox"/> 写しの閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 視聴又は聴取 <input type="checkbox"/> 電磁的記録を複写したものの交付	
4 開示の希望日	年 月 日 () ※請求内容により御希望に添えない場合があります。		
5 写しの郵送希望 (3で「写しの交付」又は「電磁的記録を複写したものの交付」を選択した場合に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 有(※本人限定受取郵便によるため別途料金必要) <input type="checkbox"/> 無		

※以下は議会事務局において記入

請求者の確認	本 人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ()
	法定代理人等	親権者、後見人等であることを証明する書類 (原本の提示又は提出) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	任意代理人	<input type="checkbox"/> 委任状(原本提出) <input type="checkbox"/> 委任者の印鑑証明書(原本の提示又は提出) <input type="checkbox"/> 委任者を証明するもの(写しの提出)
備 考		