

情報提供申出書

年 月 日

春日部市病院事業管理者 あて

（ふりがな）

氏 名 _____

住所又は居所 〒 _____

電 話 番 号 _____（ ） _____

春日部市死者の保有個人情報の提供に係る取扱要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり保有個人情報の提供を申し出ます。

1 申出に係る情報の対象者（死者）

(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 _____		

2 申出者と死者との関係（該当する□の中にレ印してください。その他の場合は内容を記載してください。）

相続人 配偶者 子 父母 その他（ _____ ）

3 申出に係る保有個人情報の内容（具体的に特定してください。）

4 提供の区分（希望する□の中にレ印してください。）

(1) 実施の方法 閲覧 写しの交付 (紙 電磁的記録媒体)

(2) 提供の場所 市政情報室 (春日部市役所 庄和総合支所) 写しの送付を希望

【事務処理欄】

<本人確認等>

(1) 遺族等確認書類
戸籍謄本 その他（ _____ ）

(2) 申出者本人確認書類
運転免許証 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）
在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書
その他（ _____ ）

申出番号	第 _____ 号	受付印
通知期限	年 月 日	
担 当	部 課 担当	
	電話番号 () 内線	
備 考		