

死者情報提供申出書

※ 所管課受理	※死者情報窓口受理
---------	-----------

福井県後期高齢者医療広域連合長 あて
 郵便番号
 住 所

 氏 名

 電話番号

死者情報の提供に関する取扱要綱第4条の規定により、次のとおり死者の個人に関する情報の提供を求める申出をします。

申 出 日	年 月 日
申出に係る情報の内容	
申出に係る情報の名称	
提供方法の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他（ ）
死者の氏名	
死者の住所及び電話番号	（郵便番号 ） （電話番号 ）

（記入上の注意）

- 「申出に係る情報の内容」の欄は、申出に係る死者の個人に関する情報が特定できるように、できるだけ具体的に記入してください。
- 申出の際は、死者情報の提供に関する取扱要綱第3条各号に掲げる者に係る運転免許証、旅券及び戸籍謄本その他第3条各号に掲げる者であることを証明する書類として広域連合長が適当と認めるものを提出し、又は提示してください。

※印の欄には、記入しないでください。

※ 申 出 者 の 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
※ 申 出 者 の 資 格 確 認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ ）
※ 所 管 課	（電話番号 ）
※ 備 考	