様式第１号（第５条関係）

死者情報開示申出書

年　　月　　日

大崎市病院事業管理者　様

申出者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大崎市病院事業死者情報取扱要綱（以下「要綱」という。）第５条第１項の規定により，次のとおり保有死者情報の開示を申し出ます。

申出に係る情報の対象者（死者）	氏名	
	生年月日	
申出に係る情報の内容		
希望する開示の実施方法	（１）開示の実施の方法 □閲覧のみを希望する。 □閲覧した後，必要な部分の写しの交付を希望する。 □写しの交付のみを希望する。 （２）写しの交付の方法 □用紙 □その他（　　）	
郵送の希望の有無	□有り　　□無し	
申出者の区分	□配偶者（要綱第４条第１項第１号） □子及び父母（要綱第４条第１項第２号） □血族である祖父母，孫又は兄弟姉妹（　　） （要綱第４条第１項第３号） □法定代理人（要綱第４条第２項） □任意代理人（要綱第４条第２項）	
（申出者が法定代理人の場合）開示対象者本人の状況等	（１）本人の状況　□未成年者（　　年　　月　　日生） □成年被後見人 （２）本人の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ （３）本人の住所又は居所＿＿＿＿＿＿＿＿ （４）本人の電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿	

（注）１　「申出に係る情報の内容」は，できるだけ具体的に記入してください。
２　申出者と死者との関係を証する書類（戸籍謄本等）及びあなたが申出者本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提示又は提出してください。
３　法定代理人が請求する場合は，この申出書以外に，その資格を証明する書類（戸籍謄本等），開示対象者と死者との関係を証する書類及び当該法定代理人本人であることを確認できる書類を提示又は提出してください。
４　任意代理人が請求する場合は，この申出書以外に，委任状その他任意代理人であることを確認できる書類を提出してください。
５　この申出書を送付して提出する場合は，注２，注３及び注４の書類のほか，あなたの住民票の写し等を提出してください。

※本人確認欄（この欄は記入しないでください。）

申出者の本人確認書類	□運転免許証　□健康保険被保険者証 □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（　　） ※送付による請求の場合 □住民票の写し　□その他（　　）
開示対象者であることを証明する書類	□戸籍謄本　□登記事項証明書　□その他（　　）
法定代理人を証する書類	□戸籍謄本　□登記事項証明書　□その他（　　）
任意代理人を証する書類	□委任状　□その他（　　）