様式第２３号（第１７条関係）

# 保有個人情報利用停止請求書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）吉川市長

郵便番号　〇〇〇－〇〇〇〇
請求者　住　　所　〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地〇〇
氏　　名　〇〇　〇〇
電話番号　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

吉川市個人情報保護条例第３４条第１項・第２項・第３項の規定により、次のとおり保有個人情報の（ 利用の停止　・　消去　・　提供の停止 ）を請求します。

| | | |
|---|---|---|
| 利用停止請求に係る保有個人情報の名称又は内容 | | 〇〇〇〇名簿 |
| 当該保有個人情報の利用の停止、消去又は提供の停止を求める内容及び理由 | | 私の情報が記録されている〇〇〇〇名簿の△△△△に対する提供は、吉川市個人情報保護条例第９条に定める制限を超えて行っている外部提供であると認められるので、停止してほしい。 |
| 遺族等による請求の場合 | 本人の氏名 | |
| | 本人の住所 | |
| | 本人との関係 | □親権者　□配偶者、子又は父母<br>□相続人　□その他（　　） |
| 代理人による請求の場合 | 本人の氏名 | |
| | 本人の住所 | |
| | 本人との関係 | □親権者　□成年後見人<br>□遺族等の法定代理人<br>本人の　□親権者　□配偶者、子又は父母<br>□相続人　□その他（　　）<br>遺族等の　□親権者　□成年後見人<br>□本人の委任による代理人<br>委任の資格<br>□個人番号を含む個人情報に係る請求のため不要<br>□特定の障がいがあり、障害者手帳を持つこと。<br>□特定の障がいがあり、戦傷病者手帳を持つこと。<br>□要介護５の認定を受けていること。 |

| 備　　考 | |
|---|---|

（注）１　「利用停止請求に係る保有個人情報の名称又は内容」欄は、保有個人情報を特定するため、できるだけ具体的に記入してください。

２　「当該保有個人情報の利用の停止、消去又は提供の停止を求める内容及び理由」欄は、できるだけ具体的に記入してください。

３　請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証等）を提出し、又は提示してください。

４　遺族等による請求の場合は、上記書類のほか、遺族等であることを証明する書類（戸籍謄抄本等）を提出し、又は提示してください。

５　法定代理人による請求の場合は、上記書類のほか、本人又は遺族等の法定代理人であることを証明する書類（戸籍謄抄本等）を提出し、又は提示してください。

６　委任による代理人の請求の場合は、上記書類のほか、本人の委任であることを証明する書類（委任状）及び本人に委任の資格があることを証明する書類（身体障害者手帳等。個人番号を含む個人情報の利用停止請求の場合を除く。）を提出し、又は提示してください。

７　請求をする場合は、その内容が事実に合致することを証する資料を添付してください。

〔処理欄〕この欄には記入しないでください。

<table>
<tr><td>受　付　印</td><td colspan="2">担　　当　　課</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">本人、遺族等又は代理人であることを確認した書類</td><td>請求者の確認</td><td>□運転免許証　　□旅券<br>□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>遺族等の確認</td><td>□戸籍謄本<br>□死亡時前１月以内の住民票<br>□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>法定代理人の確認</td><td>□戸籍等抄本<br>□登記事項証明書</td></tr>
<tr><td>委任による代理人の確認</td><td>□委任状<br>及び<br>□特定個人情報のため不要<br>□郵便等投票証明書<br>□障害者手帳<br>□障害者手帳<br>□戦傷病者手帳<br>□介護保険法第１２条第３項の被保険者証<br>□その他（　　）</td></tr>
</table>