

		<input type="checkbox"/> 特定の障がいがあり、戦傷病者手帳を持つこと。 <input type="checkbox"/> 要介護5の認定を受けていること。)
備	考	

- (注) 1 「訂正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訂正、削除又は追加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訂正請求の場合を除く。）を提出し、又は提示してください。
- 7 請求をする場合は、その内容が事実と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。

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