

開示請求手数料免除申請書

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行令第33条第2項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示請求手数料の免除を申請します。

記

1 開示を請求する保有個人情報

2 免除を求める理由

① 生活保護法（昭和25年法律第144号）第11条第1項第 号に掲げる扶助を受けており、手数料を納付する資力がないため。

② その他

(注) ①又は②のいずれかに○印を付してください。

①に○を付した場合は、生活保護法第11条第1項のうち該当する号を記載するとともに、当該扶助を受けていることを証明する書面を添付してください。

②に○を付した場合は、その理由を具体的に記載するとともに、その事実を証明する書面を添付してください。