

様式第1号（第3条関係）

（表）

公文書開示請求書

平成 年 月 日

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

請求者

住所（法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地）

（〒 — ）

氏名（法人その他の団体にあつては、名称及び代表者の氏名）

電話番号（ ）

連絡先又は担当者

福岡県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第5条の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

<p>請求する公文書の名称等</p> <p>（請求する公文書が特定できるよう、公文書の名称、内容等をできるだけ具体的に記載してください。）</p>	
<p>求める開示の方法</p> <p>（該当する□内にレ印を記入してください。）</p>	<p><input type="checkbox"/> 閲覧    <input type="checkbox"/> 視聴    <input type="checkbox"/> 写しの交付</p>

(裏)

職員処理欄									
番号	第号	受理日	年月日			窓口			
担当		課班							
処理 (対応する様式)	開示 (様式第2号)	部分開示 (様式第3号)		不開示 (様式第4号)		決定期間延長 (様式第5・6号)	事案移送 (様式第7号)		
	開示する情報								
資料名									
分類番号				完結年度		所属			
大		中	小	細	年度				
備考									
部分開示・不開示の理由		請求に係る公文書の中に <input type="checkbox"/> (1) 個人情報が含まれている <input type="checkbox"/> (2) 事業情報が含まれている <input type="checkbox"/> (3) 国等関係情報が含まれている <input type="checkbox"/> (4) 行政運営情報が含まれている <input type="checkbox"/> (5) 捜査情報が含まれている <input type="checkbox"/> (6) 法令秘情報が含まれている <input type="checkbox"/> (7) 議員個人情報が含まれている ので、開示することができない。							
決定期間延長の理由		<input type="checkbox"/> (1) 請求に係る公文書の検索が終了していない <input type="checkbox"/> (2) 天災等により開示できない <input type="checkbox"/> (3) その他の理由により開示できない ( )							
決定延長期間		本来の期限日		年 月 日まで(請求後15日以内)					
		延長後期限日		年 月 日まで(請求後30日以内)					
決裁		課長		係長		係		係	
備考									