

様式第1号（第2条関係）

行政文書開示請求書

年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

（郵便番号 ）

請求者 住所又は所在地

氏名又は名称

（代表者の氏名）

連絡先

（電話番号 ）

福島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、次のとおり行政文書の開示を請求します。

行政文書の 件名又は内容	
希望する開示 の実施方法	1 閲覧、聴取又は視聴 2 写しの交付（（1）窓口での交付（2）郵便等による交付）

※ 以下の欄には、記入しないでください。

担 当	
開示決定期限	年 月 日
備 考	

備考

- 希望する開示の実施方法の欄は、希望する番号を○印で囲んでください。
なお、「窓口」とは、後期高齢者医療広域連合事務局を指します。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とし、縦長にして用いてください。