

旧氏等記載請求書

益田市長 様

次のとおり、旧氏及び旧氏の振り仮名の住民票への記載を求めます。

令和 年 月 日

記載を求める旧氏の振り仮名	(フリガナ)				
記載を求める旧氏					
住民票コード		生年月日 ※	年 月 日	性別 ※	男・女
氏名	(自署又は記名押印)				
住所					
連絡先					

※住民票コードがわからない場合は、生年月日と性別を記載してください。

代理人又は使用者による請求の場合は以下に記入してください。

氏名	(自署又は記名押印)	本人との 関係	
住所			
連絡先			

注) この請求書の提出と併せて、銀行口座の名義が記載された預金通帳等の写し、旧姓欄の記載があるパスポート等、記載を求める旧氏の振り仮名が確認できるものを添付してください。

職員記入欄

受付年月日	年 月 日			統合端末で旧氏削除履歴の有無の確認			
受付	住基入力	カード裏書	署名用削除	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 新規記載		
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 未持参	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 削除後の記載	削除日 年 月 日	
					<input type="checkbox"/> 国外転入	国外転出時の旧氏 []	
				<input type="checkbox"/> 戸籍の確認		記載を求める旧氏が新たに生じた日	
課長	課長補佐	主幹(査)	係		年 月 日		
				本人確認	<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 特永 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 児医 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> ()	代理人確認	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 登記事項証明等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> ()
備考				振り仮名確認	<input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他 ()		

※必ず旧氏の記載のルールを説明してから手続きを行うこと

マイナンバーカード交付申請書の手交 (通知カードの場合)