

旧氏削除請求書

大村市長様

次のとおり、住民票に記載されている旧氏の削除を求めます。

令和 年 月 日届出

削除を求める旧氏	(フリガナ)					
住民票コード		生 年 月 日 ※	明 大・昭 平・令	年 月 日 生	性別 ※	男・女
氏 名	(自署又は記名押印)					
住 所	長崎県大村市 町 番地 丁目					
連絡先	自 宅 携 帯 番 号 — —					

※住民票コードが分からない場合は、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載してください。

氏 名	(自署又は記名押印)	本人との関係
住 所		
連絡先	自 宅 携 帯 番 号 — —	

※署名用電子証明書発行者は、再登録が必要です。

※こちらの申出により、すべての証明書の旧氏が削除されます。

(事務処理欄)

・住民票 ・印鑑登録 ・印鑑証明
 ・その他()

本人確認欄	<input type="checkbox"/> (クレ・キャ)カード
<input type="checkbox"/> 運転免許所	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> (住・個)カード ()
<input type="checkbox"/> (住・個)カード	<input type="checkbox"/> 口頭質問 ()
<input type="checkbox"/> 預金通帳	<input type="checkbox"/> 委任状
<input type="checkbox"/> 診察券	<input type="checkbox"/> 法定代理人確認
<input type="checkbox"/> 委任状	
<input type="checkbox"/> 確約書	

受 付		入 力	照 合	合 議		確 認
窓 口	C S			マイナンバー	印 鑑	
				<input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> 署名用有・無		