

マイナンバーカード受領申請書

令和 年 月 日

署名 _____

1 カード申請・受領者をご記入ください

ふりがな 氏名		生年月日	(和暦)
住所	東京都東大和市		
連絡先			

2 該当するところに口にチェックをしてください

通知カード	<input type="checkbox"/> 返納	<input type="checkbox"/> 紛失	
住民基本台帳カード (旧)個人番号カード <廃止申請>	<input type="checkbox"/> 返納	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 所有していない

3 代理人受領の場合はご記入ください

ふりがな 氏名		生年月日	(和暦)
住所			
連絡先			

※市処理欄

回収	<input type="checkbox"/> 交付通知書	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード
【本人】				
(A)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()			
(B)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期医療証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 乳・子医療証 <input type="checkbox"/> その他()			
【代理人】				
来庁不可証明書類:	()			
(A)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()			
(B)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期医療証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 各種年金証書 <input type="checkbox"/> その他()			

受付
交付