

マイナンバーカード受領申請書

令和 年 月 日

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 T・S・H・R・西暦 年 月 日
住所	東京都東大和市		
電話番号			

2 該当するところに□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(親権者・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 T・S・H・R・西暦 年 月 日
住所			
電話番号			

※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】	
来庁困難証明書類: ()	
(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