

旧氏削除請求書

十日町市長 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

削除を求める旧氏					
住民票 コード		生年月日 ※	年 月 日	性別 ※	男・女
氏名 (自署)					
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。委任状が必要です。

氏名 (自署)	
住所	
連絡先	

※一度削除すると同じ旧氏を記載できません。
ただし、削除後に氏の変更があった場合は、削除後に生じた旧氏を記載できます。

上記事項の旨、了承しました。

【市事務処理記載欄】

本人確認	A	<input type="checkbox"/> 運免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 住力B <input type="checkbox"/> 身障手 <input type="checkbox"/> 療育手 <input type="checkbox"/> 精神手 <input type="checkbox"/> 在留力
	B	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金証 <input type="checkbox"/> 住力A <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他()
マイカ・通知力 記載	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 忘	
印鑑登録	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (継続 ・ 廃止)	

受付	入力	審査