

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		(フリガナ)				
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	新潟県十日町市					(方書)
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		(自署又は記名押印)
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"/> 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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他()						
マイカ記載	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 忘							
印鑑登録	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (繙続 · 廃止)							
<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>入力</td> <td>審査</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			受付	入力	審査			
受付	入力	審査						