

個人番号通知書受取申請書 兼 受領書

(あて先) 掛川市長

令和 年 月 日

申請者 (委任者)	住所			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 平・令・西暦	電話番号	

私は、下記の者の個人番号通知書の受取を申請します。

No.	氏名	生年月日	性別
1		明・大・昭 年 月 日 平・令・西暦	男・女
2		明・大・昭 年 月 日 平・令・西暦	男・女
3		明・大・昭 年 月 日 平・令・西暦	男・女
4		明・大・昭 年 月 日 平・令・西暦	男・女
5		明・大・昭 年 月 日 平・令・西暦	男・女

※ 代理人に受領を委任する場合は、下記に記入してください。(申請者ご本人が受領する場合は記入不要です。)

下記の者を代理人と定め、個人番号通知書の受領に関する一切の権限を委任します。			
代理人	住所		
	氏名	委任する方との関係	<input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 親権者

※ 任意代理人に委任する場合、委任する方がご記入ください。

受領日 令和 年 月 日

個人番号通知書を受領しました。
(申請者本人又は代理人の署名)

本人確認書類	A 1点	B 2点	代理人確認	付箋削除	Excel入力
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (本・代) <input type="checkbox"/> 住基カード写真付 (本・代) <input type="checkbox"/> パスポート (本・代) <input type="checkbox"/> 在留カード (本・代) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (本・代) <input type="checkbox"/> その他 [] (本・代)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 (本・代) <input type="checkbox"/> 年金手帳 (本・代) <input type="checkbox"/> 後期高齢受給者証 (本・代) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 (本・代) <input type="checkbox"/> 預金通帳 (本・代) <input type="checkbox"/> その他 [] (本・代)	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/>	交付者印