

窓口に来た人	NAME ※自署したときは押印不要	ADDRESS	DATE OF BIRTH
	氏名 フリガナ 	住所	大・昭・平・令・西暦 生年月日 年 月 日

誰の必要がありますか	① 住民票の写し等		② 戸籍等		③ 印鑑登録証明書	
	<input type="checkbox"/> 「窓口に来た人」のもの <input type="checkbox"/> 「窓口に来た人」以外のもの(下欄に記入) 住所(窓口に来た人と同一世帯の場合は不要です。) 倉敷市 フリガナ 氏名 ※ 外国人の方は本国名を記入してください。 明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日生		倉敷市 筆頭者 明・大・昭・平・令 年 月 日生 個人・一部・抄本が必要なときは記入してください。 氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生		※ 印鑑登録者本人又はその代理人が印鑑登録証(カード)を添えて請求してください。 ※ 登録印鑑を提示しても証明書は交付できません。 本人(窓口に来た人) 通 登録番号 5 0 本人以外(下欄に記入してください。) 通 登録番号 5 0 住所 倉敷市 氏名	
何が何通必要ですか	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 除票の写し <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 (□持参様式 □市の様式)		世帯全員 通	戸籍	<input type="checkbox"/> 全部 (謄本) <input type="checkbox"/> 個人 (抄本)	通
	<input type="checkbox"/> 世帯一部 通 ※住所・氏名・生年月日以外に必要なもの 日本人の方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 世帯主の氏名及び続柄 <input type="checkbox"/> 本籍及び筆頭者 <input type="checkbox"/> その他( ) 外国人の方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 世帯主の氏名及び続柄 <input type="checkbox"/> 国籍・地域 <input type="checkbox"/> 在留情報 <input type="checkbox"/> 在留カード等の番号 <input type="checkbox"/> その他( )		除籍(改製原) 通	戸籍の附票	<input type="checkbox"/> 全部 (謄本) <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 戸籍の表示 <input type="checkbox"/> その他( )	通
請求する人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の人 <input type="checkbox"/> その他( ) ※ その他の場合は請求理由を詳しく記入してください。		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻・父母・子 <input type="checkbox"/> 孫(「 」の子「 」の子) <input type="checkbox"/> 祖父母(「 」の父母「 」の父母) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 受理証明書 ( ) 通 <input type="checkbox"/> 身分証明書 通 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金請求書への証明 通 <input type="checkbox"/> その他( ) 通	<input type="checkbox"/> 戸籍一部(記載)事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 除籍 通 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書等 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	委任欄 ※ 本請求書に記載された証明書の交付請求と受領を「窓口に来た人」に委任します。 住所 (ADDRESS) 氏名 (NAME) ※ 外国人の方は本国名を記入してください。		聴聞 <input type="checkbox"/> 父( ) <input type="checkbox"/> 母( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		疎明資料 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 代理権限確認資料 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 提示 (社員証・ )	
番号 受付 作成 審査 手数料						

★住所・本籍・氏名・生年月日等の記載に誤りがあるときは交付できません。★偽り、その他不正な手段により交付を受けたときは、罰金に処せられることがあります。