

印鑑登録証明書交付申請書

鹿沼市長 宛

年 月 日

必要な通数 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto; text-align: center;">通</div>		登 録 者	住所	鹿沼市
登録証番号 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%; height: 30px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>			氏名	
<input type="checkbox"/> 個人番号カードに印鑑情報記録済 <input type="checkbox"/> 個人番号カードの暗証番号を確認 *個人番号は記入しないでください。			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
申 請 者	*該当する番号を○で囲んでください。			代理人確認
	1 本人			
	2 代理人 (下欄に記入してください。)			
	住所			
氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
受付印		手数料		領収印

*印鑑登録証を必ず提示してください。ただし、個人番号カードに印鑑登録情報を記録している場合又は個人番号カードの暗証番号を確認する場合は、個人番号カードを提示してください。

職員確認欄(代理人確認)			
1.顔写真付き(1点)	2.顔写真なし(2点)	3.顔写真なし(2番+1点)	4.聞き取り(2項目)
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 健康保険証 又は資格確認書 <input type="checkbox"/> 顔写真なし住基カード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 恩給証書 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書+実印 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 納税通知書	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 診察券	<input type="checkbox"/> 同一世帯員の氏名 <input type="checkbox"/> 同一世帯員の生年月日 <input type="checkbox"/> 父母の氏名 <input type="checkbox"/> 父母の生年月日 <input type="checkbox"/> 親族の氏名 <input type="checkbox"/> 親族の生年月日 <input type="checkbox"/> その他 ()