

1

印鑑証明・住民票・戸籍等に関する請求書

◎窓口に来た人の本人確認のため、身分証明をご用意ください。

(あて先) 沼田市長

申請日	年 月 日	※ <input type="checkbox"/> 印があればその欄は記入不要です		
① 窓口に来た人	住所	(電話番号)		
	ふりがな	(自署または記名押印)	大・昭・平・令・西暦	
	氏名	生年月日	年 月 日	
② 請求者証明を使う人	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> その他：下欄に記入してください (続柄：)			
	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ (電話番号)		
	ふりがな	(自署または記名押印)	大・昭・平・令・西暦	
氏名	生年月日	年 月 日		

※偽りその他不正な手段によって交付を受けた時は、三十万円以下の罰金に処せられます。

(住基法四十六条・戸籍法百三十五条)

③ 印鑑証明	住所 (※印鑑登録証を添えて請求してください)	氏名	印鑑登録証番号	必要な数
	<input type="checkbox"/> ①と同じ 沼田市	<input type="checkbox"/> ①と同じ		通
	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ 沼田市	<input type="checkbox"/> ②と同じ		通

④ 住民票の写し等	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ 沼田市 (7パート名等)	必要な証明等の種類・数	種類	必要な数
	ふりがな			<input type="checkbox"/> 世帯全員	通
	氏名	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ		<input type="checkbox"/> 世帯一部	通
	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 除票	通
	窓口にきた人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯 () <input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 第三者 ()		<input type="checkbox"/> 改製除票	通
原則、次の事項が省略されています。記載が必要な場合は該当の項目に印をつけてください。					
<input type="checkbox"/> 世帯主・続柄 <input type="checkbox"/> 本籍・筆頭者 <input type="checkbox"/> マイナンバー (全員・一部) ※本人・同一世帯員に限り					
<input type="checkbox"/> 外国籍の方の国籍・在留資格・在留期限等 <input type="checkbox"/> 住民票コード (全員・一部) 当日交付できます					
教使い道き だえてく		<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 相続 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> 自動車関係 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> その他 () 第三者請求の場合は理由をご記入ください (<input type="checkbox"/> 権利義務 <input type="checkbox"/> 国等へ提出 <input type="checkbox"/> 正当な理由)			

⑤ 戸籍の証明・戸籍の附票等	本籍	<input type="checkbox"/> ①の住所と同じ <input type="checkbox"/> ②の住所と同じ 沼田市	必要な証明等の種類・数	種類	必要な数
	筆頭者	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ		<input type="checkbox"/> 全部事項 (戸籍謄本)	通
	氏名	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ		<input type="checkbox"/> 個人事項 (戸籍抄本)	通
	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 改製原戸籍 (昭和・平成)	通
	窓口にきた人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 同戸籍記載人 () <input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 第三者 ()		<input type="checkbox"/> 除籍全部 (除籍謄本)	通
使い道き てください		<input type="checkbox"/> 受理証明			
<input type="checkbox"/> 戸籍届出 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 相続 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 記載事項証明			
<input type="checkbox"/> 相続 (_____ の出生・婚姻 から 婚姻・転籍・死亡 まで) _____ セット		<input type="checkbox"/> 戸籍の附票 (全部・一部)			
<input type="checkbox"/> 年金 (国・厚・共・厚基金) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 身分証明書			
第三者請求の場合は理由をご記入ください (<input type="checkbox"/> 権利義務 <input type="checkbox"/> 国等へ提出 <input type="checkbox"/> 正当な理由)		<input type="checkbox"/>			

本人確認	A 1点	免マ住パ在特永経歴身 ()
	B 2点	保介年高後高福医学生 ()
	C	聞・他 ()

受付	作成	交付