

旧氏の振り仮名記載請求書

高崎市長 宛

次のとおり、旧氏の振り仮名の住民票への記載を求めます。

令和 年 月 日

旧氏及び 記載を求める 旧氏の振り仮名					
住 民 票 コ ー ド		生年月日 ※	年 月 日	性別 ※	男・女
氏 名	(自署または記名押印)				
住 所					
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。

通知された旧氏の振り仮名と異なる振り仮名の記載を求める事由 (旧氏の振り仮名として記載を求める読み方を社会生活上使用している状況等について具体的に記載してください。)	

※通知された旧氏の振り仮名と同じ振り仮名の記載を求める場合は、記載不要です。

代理人又は使用者による請求の場合は下記に記入してください。

氏 名	(自署または記名押印)
住 所	
連 絡 先	

注) 通知された旧氏の振り仮名と異なる振り仮名の記載を求める場合は、この請求書の提出と併せて、その読み方が通用していることを証する書面（銀行口座の名義が記載された預金通帳の写し、旧姓欄の記載があるパスポート等、記載を求める旧氏の振り仮名が確認できる書面）を提出してください。

届出人	本人確認書類	聞き取り内容	確認事項		
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 他 ( )	<input type="checkbox"/> 親族の氏名 <input type="checkbox"/> 親族の生年月日 <input type="checkbox"/> 前住所 <input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 筆頭者 <input type="checkbox"/> 世帯員情報 <input type="checkbox"/> 他 ( )	<input type="checkbox"/> 疎明資料 <input type="checkbox"/> CS		
<input type="checkbox"/> 代理人	複 数 確 認  <input type="checkbox"/> 資 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 聞き取り → <input type="checkbox"/> 他 ( )		受付	入力	照合
委任状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					