

# 住民票等写し交付請求書

Application for Copy of Residence Record

吉見町長 あて

令和 年 月 日

## 1 必要な証明は何ですか Please indicate which certificate(s) you need, and how many?

住民票 Copy of Residence Record	世帯一部 Part of the household	通	除住民票 Copy of Deleted Residence Record	通
	世帯全部 Entire household	通	住民票コード通知書 Resident Record Code Notification	通
住民票記載事項証明書 Certificate of registered items in the residence record		通	不在住証明書 Certificate of Nonresidence	通
右記の項目を 載せますか <input type="checkbox"/> にチェックして ください Which of following items would you like the document to include? Please check the boxes as applicable.	日本人の方 Only for Japanese	<input type="checkbox"/> 世帯主・続柄 <input type="checkbox"/> 本籍・筆頭者		
	外国人の方 Only for Foreigners	<input type="checkbox"/> 世帯主・続柄 <input type="checkbox"/> 国籍・地域 Relationship Nationality/Region <input type="checkbox"/> 法30条の45 <input type="checkbox"/> 在留資格・期間・期間満了日 Medium-to long-term residents, special residents, etc Status of Residence/Period of Stay/Expiration Date of Stay <input type="checkbox"/> 在留カード番号 <input type="checkbox"/> 通称の履歴 Residence Card Number History of Japanese Common Name		
	共通 All Applicants	<input type="checkbox"/> 住民票コード <input type="checkbox"/> マイナンバー Resident Record Code My Number (Individual Number) ※使用目的、提出先を記入してください。 Please fill in the purpose of use and Place to submit Copy of Resident Record		
	使用目的・提出先 Purpose of use / Where to submit			

## 2 どなたの証明が必要ですか Whose certificate do you need?

住所 Address	吉見町		
氏名 Name	生年月日 Date of Birth	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	

## 3 請求者（使う人）Applicant(Who uses the Certificate)

住所 Address	電話 Tel.	( )	
氏名 Name	生年月日 Date of Birth	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
2に記載した方との関係 Relationship between the Person Named in 1.	<input type="checkbox"/> 本人 Applicant himself	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 Member of same household	<input type="checkbox"/> その他 ( ) Other

## 4 窓口に来られた方（請求者と同じときは記入不要） Person who visits the counter

(You don't have to fill if you and applicant are the same.)

住所 Address			
氏名 Name	生年月日 Date of Birth	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
請求者との関係 Your relationship to the applicant	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 Member of same household	<input type="checkbox"/> その他 ( ) Other	

※請求理由の根拠となる文書、資料等を確認させていただくことがあります。

※代理人申請の場合は、4を記入のうえ委任状等の提出が必要です。

※注意 偽りその他不正の手段により交付を受けたときは、30万円以下の罰金に処せられる場合があります。（住民基本台帳法第47条）

※職員使用欄※

<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> キ・ク <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 委任状	通	円
--	---	---