

# 旧氏記載請求書

西東京市長 あて

次のとおり、旧氏及び旧氏の振り仮名 の住民票への記載を求めます。

旧氏の振り仮名

令和 年 月 日

記載を求める旧氏の 振り仮名						(カタカナ)
記載を求める 旧氏						
住民票コード		生年月日 ※	年 月 日	性別 ※	男・女	
氏 名						(自署)
住 所	西東京市	町	丁目	番	号	
	(方書)					
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。

代理人又は使用者による申出の場合は下記に記入してください。

氏 名		(自署)
住 所		
連絡先		

注) 旧氏及び旧氏の振り仮名をご請求の場合は、この請求書の提出と併せて、住民票への記載を求め  
る旧氏から現在の氏に繋がるまでのすべての戸籍謄抄本や除籍謄抄本等を添付してください。

また、記載を求める旧氏の振り仮名について、旧氏に係る氏の振り仮名の記載がある  
戸籍謄抄本や除籍謄抄本等を添付してください。

戸籍謄抄本や除籍謄抄本等に旧氏に係る氏の振り仮名の記載がない場合には、  
銀行口座の名義が記載された預金通帳等の写し、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ものを添付してください。

(職員確認欄)

受付	入力	照合	係長	課長	(申出人) <input type="checkbox"/> 本人/同一世帯 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(疎明資料) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(原本) <input type="checkbox"/> その他 ( )
					(本人確認) <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 番号カ <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	
					(職員確認) <input type="checkbox"/> CS	
					個人番号カード	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
						即日券面事項更新 <input checked="" type="checkbox"/> 後日券面事項更新 <input type="checkbox"/>
						データ送信 <input type="checkbox"/>
						: