

# 旧氏削除請求書

西東京市長 あて

次のとおり、住民票に記載されている旧氏の削除を求めます。

令和 年 月 日

削除を求める 旧氏					
住民票コード		生年月日 ※	年 月 日	性別 ※	男・女
氏 名	(印) (自署又は記名押印)				
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	(印) (自署又は記名押印)				
住 所					
連絡先					

(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 ( )
					(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"/> ブリンク (住・印)