

第1号様式（第4条関係）

神崎市本人通知制度登録申請書

神崎市長 様

年 月 日

| | | |
|-----|--------|-----|
| 申請者 | 住所 | 〒 ー |
| | 氏名又は通称 | |
| | 連絡先 | |

【申請者の区分 1. 本人 2. 法定代理人 3. 法定代理人以外の代理人】

神崎市住民票の写し等の第三者請求に係る本人通知制度実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり登録を申請します。

| | | | | | |
|----------|----------------|--|-----|-------|--|
| 通知を希望する人 | フリガナ 氏名又は通称 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 住所 | | | | |
| | 本籍 | | 筆頭者 | | |
| | 連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 | | | |

代理人等が申請する場合は、次の欄も記入してください。

| | | |
|-----|----------------|--------------------------------|
| 代理人 | 区分 | 1 未成年者の法定代理人 2 成年後見人の代理人 3 委任状 |
| | フリガナ 氏名又は通称 | |
| | 住所 | |

※次の欄は記入しないでください。

| 受付 | 登録 | 記載 | 本人等の確認書類 | 備考 |
|----|----|----|---|----|
| | | | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 | |