

マイナンバーカード出張申請申込書

申込日 令和 年 月 日

申込 団体名		代表者 氏名	役職名 (フリガナ)
担当者 氏名	(フリガナ)	担当者電話 メールアドレス	電話: E-mail:
団体所在地 または担当者 住所	〒 チラシ等の送付に使用します。		
実施 会場名		会場 住所	〒
マイナンバーカード 申請人数(見込)	人		
実施 第1希望	月 日	午前・午後	・実施希望日は、平日(土日祝日と12/28～1/6を除く)を記載してください。 ・午前10時～午後4時(午前、午後の単位で申請人数の見込みに応じて1団体あたり約2時間程度を予定)で実施します。 ※貴団体の状況に応じて、上記時間以外でも日時の調整が可能です。お申込みの際にお問い合わせください。
実施 第2希望	月 日	午前・午後	
実施 第3希望	月 日	午前・午後	

【申込書送付・問い合わせ先】

〒526-0031

長浜市八幡東町632番地

長浜市役所・市民課・総務係

TEL 0749-65-6572 (直通)

FAX 0749-65-2566

E-mail : shimin@city.nagahama.lg.jp

マイナンバーカード出張申請
 <申請希望者名簿>

申込団体名					職員チェック欄
ふりがな 名前		生年月日	住所		通知カード 住基カードの有無
1	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
2	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
3	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
4	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
5	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
6	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
7	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
8	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
9	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り
10	.....	T S H 年 月 日	長浜市		<input type="checkbox"/> 通知カード紛失 <input type="checkbox"/> 住基カード有り

※太枠内のみご記入ください。
 ※ご申請いただく人数に応じて欄を追加してください。