

様式1

## 知立市マイナンバーカード出張申請申込書

申込日：令和 年 月 日

知立市長 様

知立市マイナンバーカード出張申請受付方法に従って実施することに同意し、下記のとおり申請を申し込みます。

※太枠内をご記入ください。

団体名	TEL	
	FAX	
	E-Mail	
団体等住所		
代表者名	担当者名	
	部署名（内線）	（ ）
第一希望	令和 年 月 日（ ）午前 ・ 午後 時 分	
第二希望	令和 年 月 日（ ）午前 ・ 午後 時 分	
申請者数	約 名	※対象は知立市に住民登録がある人です。 申請予定者が概ね5名以上となるようお願いいたします。
申請会場		
その他	申請者の住所・氏名・生年月日は別紙「マイナンバーカード出張申請者名簿（様式2）」のとおり。	
誓約事項	1.本件で知り得た申請に係る個人番号に関する情報の管理を徹底いたします。 2.出張申請受付業務がスムーズに行えるよう、申請者への周知徹底、場所の確保及び当日の進行等は申込団体等において実施します。	

申込先	〒472-8666 知立市広見三丁目1番地 知立市役所市民課「マイナンバーカード出張申請受付」宛 TEL:0566-95-0124（直通） FAX:0566-83-1141 E-Mail:simin@city.chiryu.lg.jp
-----	--

【市処理欄】

受付日	令和 年 月 日（ ）
実施日時	令和 年 月 日（ ）午前 ・ 午後 時 分
派遣職員	
備考	