

(様式2)

申 述 書

年 月 日

(あて先)

逗 子 市 長

住所

氏名

電話番号

(代理人)

住所

氏名

私は、次の事情により個人番号カードの交付場所に行くことができず、代理人に対する交付でないと受け取れないことを申し述べます。

住 所	神奈川県逗子市
氏 名	
種 別 (右の該当項目を選択して記入ください。)	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の所持者 2級・3級 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者で、要介護認定を受けている者 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2 <input type="checkbox"/> 療育手帳の所持者 A2・B1・B2
特 別 な 事 情	