

# 宅配サービスFAX申込票

送信日時		年 月 日 時 分			
申込をされる方	住所(住民登録をしている場所)	さいたま市 区			
	フリガナ氏名	-----		生年月日	明大昭平令 年 月 日
	連絡先	TEL ( ) / FAX ( ) メールアドレス:			
	配達先 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> その他( )			
宅配サービスの利用理由			証明書の使用目的		

**どの証明書が必要ですか**  
※必要なものにチェックや記入をしてください

<b>住民票</b>	必要な証明の種類と通数	<input type="checkbox"/> 世帯全員 通	<input type="checkbox"/> 除票世帯全員 通
		<input type="checkbox"/> 個人(本人) 通	<input type="checkbox"/> 個人(氏名 ) 通
		<input type="checkbox"/> 除票個人(本人) 通	<input type="checkbox"/> 除票個人(氏名 ) 通
	右の項目をのせますか <small>※本籍は日本人のみ ※国籍は外国人のみ</small>	<input type="checkbox"/> 本籍・筆頭者 <input type="checkbox"/> 世帯主名・続柄 <input type="checkbox"/> 国籍・在留期間等 <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 住民票コード <input type="checkbox"/> 履歴 <input type="checkbox"/> その他( )	

<b>印鑑登録証明書</b> <small>(印鑑登録証をお持ちでないと 交付できません)</small>	印鑑登録番号		必要通数 通
--	--------	--	--------

<b>戸籍</b>	本籍	さいたま市 区		丁目	番 番地
	筆頭者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	筆頭者の生年月日	明大昭平令	年 月 日
	どなたの証明が必要ですか	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )			
	関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> その他( )			
	必要な証明の種類と通数	<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明 通		<input type="checkbox"/> 戸籍個人事項証明 通	
		<input type="checkbox"/> 除籍全部事項証明 通		<input type="checkbox"/> 除籍個人事項証明 通	
<input type="checkbox"/> 附票全部事項証明 通		<input type="checkbox"/> 附票一部事項証明 通			
<input type="checkbox"/> 改製原戸籍(謄・抄) 通		<input type="checkbox"/> 除籍(謄・抄) 通			
		<input type="checkbox"/> 身分証明書 通			

職員使用欄

受付日時	年 月 日 午前/午後 時 分	受付者	
配達・訪問予定日時	同日 / 年 月 日 午前/午後 時 分ごろ		

手数料

照 合	住 民 票	印 鑑 証 明	戸 籍	計	
	通	通	通	¥	区へ転送
	¥	¥	¥		