

様式第1号 (第3条関係)

印鑑登録・廃止申請書

登録 廃止 番号() 時間(:)
 再登録 (改廃印・証亡失・印亡失) 年 月 日

即・回

芦屋市長宛 登録者は成年被後見人 引替 その他

- 1 太枠の中をご記入ください。
- 2 代理人により申請するときは委任の旨を証する書面が必要です。
- 3 登録申請時には、登録印をご持参ください。

		印鑑	住所	氏名
本人		芦屋市	連絡先：() - 旧登録番号	明・大・昭・平 西暦 年 月 日生
				旧登録番号 回・未
<input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 代理人 (印不要)	保証人の実印	住所	連絡先：() - 保証人登録番号	氏名
				氏名

登録印影			改印指導	本人確認	即日		回答	
(1)	(2)	(3)			本人	代理人	即日	回答
				<input type="checkbox"/> 免(経) <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 住(写) <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 免(経) <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 住(写) <input type="checkbox"/> 資(保) <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 福医受証 <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 資(保) <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 福医受証 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 資(保) <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 福医受証 <input type="checkbox"/> 他()	
				登録印影番号	登録日(廃止日) 年 月 日	登録番号		

私は、印鑑登録証を受領しました。

年 月 日 氏名

即日又は回答書扱1	受付	入力	点検(:)	交付決定	交付(:)
回答書扱2	受付(:)	入力	点検(:)	交付決定	交付(:)

- 1 太枠の中をご記入ください。

		住所	氏名
成年後見人	連絡先：() - 明・大・昭・平 西暦 年 月 日生		

本人確認書類	
1点 <input type="checkbox"/> 免(経) <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 住(写) <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 他()	2点 <input type="checkbox"/> 資(保) <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 福医受証 <input type="checkbox"/> 他()

権限確認書類	
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> 審判書及び確定証明書

※回答書での登録時

本人確認書類	
1点 <input type="checkbox"/> 免(経) <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 住(写) <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 他()	2点 <input type="checkbox"/> 資(保) <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 福医受証 <input type="checkbox"/> 他()