

旧氏変更請求書

西東京市長 あて

次のとおり、住民票に記載されている 旧氏及び旧氏の振り仮名 の変更を求めます。
旧氏の振り仮名 令和 年 月 日

住民票に記載されている旧氏の振り仮名 (変更前の旧氏の振り仮名)						(カタカナ)
住民票に記載されている旧氏 (変更前の旧氏)						
記載を求める旧氏の振り仮名 (変更後の旧氏の振り仮名)						(カタカナ)
記載を求める旧氏 (変更後の旧氏)						
住民票コード		生年月日 ※	年 月 日	性別 ※	男・女	
氏 名						(自署)
住 所	西東京市	町	丁目	番	号	
	(方書)					
連絡先						

※住民票コードがわからない場合は、生年月日と性別を記載してください。

代理人又は使用者による申出の場合は下記に記入してください。

氏 名						(自署)
住 所						
連絡先						

注) 市民課にて戸籍の確認を行いますが、旧氏及び旧氏の振り仮名を確認できなかった場合には、戸籍謄(抄)本や銀行口座の名義が記載された預金通帳等、旧氏の記載があるパスポート等の持参をお願いします。

ただし、請求しようとする旧氏の振り仮名を確認できる書類が現存していないなど、持参が困難な場合にはご相談ください。

(職員確認欄)

受付	入力	照合	係長	課長	(申出人) <input type="checkbox"/> 本人/同一世帯員 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> その他 ()
					(本人確認) <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 番号カ <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> その他 ()
					(職員確認) <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> 戸籍 (旧氏及び振り仮名確認)
					個人番号カード 有 <input checked="" type="checkbox"/> 即日券面事項更新 <input checked="" type="checkbox"/> データ送信 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 後日券面事項更新 <input type="checkbox"/> :