

- 印鑑登録申請書
- 印鑑登録亡失届
- 印鑑登録廃止申請書

小野市長 宛

年 月 日

上記のとおり申請（届出）します。

窓口に来られた方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> 登録者 <input type="checkbox"/> 申請者	住所	小野市	登録する印鑑
	氏名		
	生年月日		
	電話番号		
代理人・法定代理人	住所		/
	氏名		
	生年月日		

印鑑登録証を受領しました。			
受領日	年	月	日 署名

職員記入欄

登録番号		<input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 廃止	登録番号
即時処理	本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
照会処理	照会番号 第 号 照会日 回答期限 回答日 本人確認 登録者： <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 資 <input type="checkbox"/> その他 () 代理人： <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 資 <input type="checkbox"/> その他 ()		