

# 戸籍・住民票郵便依頼書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------|--|--|-------------|--|--|--------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 請 求 の<br>種別・通数                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 戸 籍<br><input type="checkbox"/> 除 籍<br><input type="checkbox"/> 改製原戸籍<br><input type="checkbox"/> 戸籍附票<br><input type="checkbox"/> 身分証明書<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 全部事項証明書<br>謄 本<br><br><input type="checkbox"/> 個人事項証明書<br>抄 本 | 通                           |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| ※戸籍附票は、氏名・生年月日・性別・住所履歴が記載されます。<br>下記の事項の記載が必要な場合は、□に✓を入れてください。<br><input type="checkbox"/> 本籍・筆頭者氏名<br><input type="checkbox"/> 在外選挙人登録情報（登録のある方のみ）<br><input type="checkbox"/> 住民票コード<br>⑨令和4年1月10日以前の除籍等の附票は、生年月日・性別が記載されません。                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 本 籍<br>（住民票が必要な場合は住所）                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 筆頭者の氏名<br>（住民票が必要な場合は世帯主の氏名）                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 生年月日 （ 明・大・昭・平 年 月 日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 必要な人の<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 生年月日 （ 明・大・昭・平・令 年 月 日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 使用目的／提出先<br><br>※右の該当する□に✓を入れてください。<br>※（ ）欄はご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                   | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> パスポートの申請</td> <td><input type="checkbox"/> 戸籍届出</td> <td><input type="checkbox"/> 年金請求</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 相続手続き</td> </tr> <tr> <td colspan="3">                             ＊被相続人（死亡された方）                             <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 出生</td> <td><input type="checkbox"/> 婚姻</td> </tr> <tr> <td>（ ）の <input type="checkbox"/> 婚姻 から <input type="checkbox"/> 転籍 までの戸籍</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 転籍</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">                             （ ）の死亡記載のみの戸籍                         </td> </tr> <tr> <td colspan="3">                             ＊相続人 （ ）の戸籍                         </td> </tr> <tr> <td colspan="3">                             ＊その他 （具体的に ）                         </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> その他                             <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table> |                                                                                        |                             | <input type="checkbox"/> パスポートの申請 | <input type="checkbox"/> 戸籍届出                                         | <input type="checkbox"/> 年金請求 | <input type="checkbox"/> 相続手続き |                             |  | ＊被相続人（死亡された方） <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 出生</td> <td><input type="checkbox"/> 婚姻</td> </tr> <tr> <td>（ ）の <input type="checkbox"/> 婚姻 から <input type="checkbox"/> 転籍 までの戸籍</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 転籍</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡</td> </tr> </table> |  |  | <input type="checkbox"/> 出生 | <input type="checkbox"/> 婚姻 | （ ）の <input type="checkbox"/> 婚姻 から <input type="checkbox"/> 転籍 までの戸籍 |  | <input type="checkbox"/> 転籍 | <input type="checkbox"/> 死亡 | （ ）の死亡記載のみの戸籍 |  |  | ＊相続人 （ ）の戸籍 |  |  | ＊その他 （具体的に ） |  |  | <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |  |  |
| <input type="checkbox"/> パスポートの申請                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 戸籍届出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 年金請求                                                          |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> 相続手続き                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| ＊被相続人（死亡された方） <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 出生</td> <td><input type="checkbox"/> 婚姻</td> </tr> <tr> <td>（ ）の <input type="checkbox"/> 婚姻 から <input type="checkbox"/> 転籍 までの戸籍</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 転籍</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        | <input type="checkbox"/> 出生 | <input type="checkbox"/> 婚姻       | （ ）の <input type="checkbox"/> 婚姻 から <input type="checkbox"/> 転籍 までの戸籍 |                               | <input type="checkbox"/> 転籍    | <input type="checkbox"/> 死亡 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> 出生                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 婚姻                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| （ ）の <input type="checkbox"/> 婚姻 から <input type="checkbox"/> 転籍 までの戸籍                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> 転籍                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 死亡                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| （ ）の死亡記載のみの戸籍                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| ＊相続人 （ ）の戸籍                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| ＊その他 （具体的に ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 請 求 者 の<br>住 所<br><br>氏 名<br><br>電話番号<br><br>必要な人との続柄                                                                                                                                                                                                                                                                   | <table border="0"> <tr> <td>〒</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td>生年月日 （ 明・大・昭・平 年 月 日）</td> </tr> <tr> <td>（ 昼間の連絡先）</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                             | 〒                                 |                                                                       | 生年月日 （ 明・大・昭・平 年 月 日）         | （ 昼間の連絡先）                      |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 生年月日 （ 明・大・昭・平 年 月 日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| （ 昼間の連絡先）                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |
| 同封した手数料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 定額小為替 _____ 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                             |                                   |                                                                       |                               |                                |                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |                             |                             |                                                                       |  |                             |                             |               |  |  |             |  |  |              |  |  |                                                                                                      |  |  |

- ※ 最近戸籍の届出（異動）をした方はその旨をお知らせください。
- ※ 請求者の本人確認書類の写しを添付ください。