

聴覚障害者専用FAX予約申請用紙

必要な方の住所	福生市					
氏名	ふりがな	生 年 月 日	F A X	連 絡 先	— —	
	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日			(必ず御記入ください)	
<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 世帯全員	通 共	世帯主・続柄 (有・無)	外 国 人 の み	<input type="checkbox"/> 30条45区分 (有・無)	
<input type="checkbox"/> 除 票	<input type="checkbox"/> 個人	通 通	本籍/国籍・地域 (有・無)		<input type="checkbox"/> 在留カード番号等(有・無)	
◆その他の記載事項()					<input type="checkbox"/> 在留期間等 (有・無)	
<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書					<input type="checkbox"/> 在留資格等 (有・無)	
通 (登録番号:)					<input type="checkbox"/> カタカナ表記 (有・無)	
<input type="checkbox"/> 課税証明					受取り場所	
<input type="checkbox"/> 非課税証明	年度	通	使用目的		<input type="checkbox"/> 市役所当直室	
<input type="checkbox"/> 市・都民税納税証明	年度	通	<input type="checkbox"/> 融 資			
<input type="checkbox"/> 固定資産税納税証明	年度	通	<input type="checkbox"/> 市営・都営住宅等			
<input type="checkbox"/> 土地評価証明	年度	通	<input type="checkbox"/> 扶養申請			
<input type="checkbox"/> 家屋評価証明	年度	通	<input type="checkbox"/> 登記申請			
			<input type="checkbox"/> その他()			
証明する物件の所在地				家屋番号		
福生市				—		
福生市				—		
福生市				—		
受 領 者	<input type="checkbox"/> 上記に同じ				受 取 り 希 望 日 時	
	※上記と違う住所の場合は記入してください。					
	<input type="checkbox"/>	福生市				月 日()
	氏名:	-----				午前・午後 時 分
電話番号:	— —					

必要事項を記入し、FAX 042-552-5150(障害福祉課FAX)へお申し込みください。

◎FAXでの予約は聴覚障害の方のみです。

◎申請受付後に確認のFAXを送りますので、FAX番号を必ず御記入ください。

◎受取り時間は午前9時～午後9時30分です。

◎受取りの際は本人確認書類をお持ちください。また、印鑑登録証明書の受取りには印鑑登録証もお持ちください。