

Request for copy of Resident Record  
住民票・印鑑証明等請求書

令和 年 月 日

消えるボールペンで書かないでください。

柏市長 あて

※請求書には、窓口に来た方の署名または記名押印が必要です。  
※本人確認書類の提示をお願いいたします。

① 窓口に来た方	Address 住所	Tel 電話 ( )
	フリガナ	明・大・昭・平・西暦
	Name 氏名	Date of Birth year month day 年 月 日生

② 請求者 依頼人がある場合 記載してください。	住所	電話 ( )
	フリガナ	明・大・昭・平・西暦
	氏名 (法人名・代表者名または責任部署の責任者名) (印) (法人のみ必須)	年 月 日生

どなたの証明が必要ですか。	<input type="checkbox"/> ①の方と同じ <input type="checkbox"/> ②の方と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の方 (以下を記載してください。)	
	住所 柏市	
窓口に来た方との関係	フリガナ	明・大・昭・平・令・西暦
	氏名	年 月 日生
住民票	全員	通
	個人	通
除住民票	個人	通
記載事項証明 (柏市様式・持参様式)	全員	通
	個人	通
不在証明(住・籍・住籍)		通
住所変更証明(住・籍・合併)		通
		通
使用目的 及び提出先	※本人及び同一世帯員の方(除住民票は本人)以外の方が請求する場合には、理由等を具体的に記載してください。 詳細理由	

④ 印鑑登録証明書	(印鑑登録証が必要です) 登録番号	証明する方1 (印鑑登録者)	<input type="checkbox"/> 本人 (窓口に来た方と異なる方の証明が必要な場合は以下を記載)
			住所 柏市
	(印鑑登録証が必要です) 登録番号	証明する方2 (印鑑登録者)	フリガナ
			氏名
			生年月日 明・大・昭・平・西暦 年 月 日
			住所 柏市
			フリガナ
			氏名
			生年月日 明・大・昭・平・西暦 年 月 日

職員使用欄	権限書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 契約書写し <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	1点	<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在力(特永証) <input type="checkbox"/> 住力(写真付) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2点	ア <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳(年金番号通知書) <input type="checkbox"/> 住力(写真無) イ <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 聴聞
		受付 作成 確認 交付

※印鑑登録者の氏名・生年月日・住所の記載に誤りがある場合は、印鑑登録証明書は交付できません。  
※偽りその他の不正の手段により交付を受けたときは、住民基本台帳法により罰金に処せられます。  
※公的年金手続き用に住民票の写し(除住民票を含む)を請求する場合は、関係書類を添え使用目的及び提出先を記載してください。(柏市手数料条例により手数料が免除されます。)

# 印鑑（登録・登録廃止）申請書

(申請日)

年 月 日

柏市長あて

登録番号

☐ 印鑑登録

☐ 登録廃止

## 登録の注意事項

- 1 太線の枠内を記入し、登録する印鑑を添えて申請してください。
- 2 代理人が申請する場合は、委任状を添えて申請してください。即日の登録はできません。
- 3 15歳未満の方及び意思能力を有しない方は、登録できません。
- 4 ゴム製、輪郭が3分の1以上欠けている、文字が欠けているなどの印鑑は登録できません。
- 5 保証人の方は、裏面の印鑑登録保証書をご記入ください。なお、保証人は、柏市で印鑑登録をしている方に限ります。
- 6 外国籍の方（非漢字圏の方のみ）でカタカナの印鑑の登録をする場合は、市民課でお手続きください。

登 録 者	登録する印鑑	住 所	柏市		
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	フリガナ			
		氏 名			
		生年月日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日	電話	( )

代 理 人  <small>※委任状が必要です</small>	住 所		生年月日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日
	フリガナ		電話	( )
	氏 名			

廃 止	<input type="checkbox"/> 登録廃止 <input type="checkbox"/> 印鑑亡失 <input type="checkbox"/> 登録証亡失 <input type="checkbox"/> 改印	旧登録番号											
-----	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 職員記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在力(特永証) <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 住力(写真付) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保証書 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	(成年被後見人の印鑑登録時) 成年被後見人の本人確認書類(顔写真付きに限る。) 種類： <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(発行から3か月以内のもの)	

照会申請	照会番号	NO.
	照会書発送日	令和 年 月 日
	回答期限	令和 年 月 日
	回答受理日	令和 年 月 日

受付	処理	確認

消えるボールペンで書かないでください。

## 戸籍証明書等請求書

令和 年 月 日

柏市長 あて

※戸籍の附票または除籍の附票を請求する場合は、窓口に来た方の署名または記名押印が必要です。  
また、法人が戸籍の附票または除籍の附票を請求する場合は、請求者欄に法人の代表者印または社判の押印が必要です。  
※本人確認書類の提示をお願いいたします。

① 窓口に来た方	Address 住 所	Tel 電話 ( )
	フリガナ	明・大・昭・平・西暦
	Name 氏 名	Date of Birth year month day 年 月 日生

② 請求者 依頼人がある場合 記載してください。	住 所	電話 ( )
	フリガナ	明・大・昭・平・西暦
	氏 名 (法人名・代表者名または責任部署の責任者名)	(印) (法人のみ必須) 年 月 日生

③ どなたの 証明が必要 ですか。 個人の証明書を請求する 場合、必ず記載してください。	本 籍	
	筆頭者の氏名	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日生
	必要な方の氏名	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日生

④ 請求者と 請求する戸籍 の方との関係	<input type="checkbox"/> 本人(その戸籍に記載されている方) <input type="checkbox"/> 夫・妻(配偶者)	受理証明書の場合 <input type="checkbox"/> 届出人 ( )
	<input type="checkbox"/> 父母・祖父母(直系尊属) <input type="checkbox"/> 子・孫(直系卑属)	
※請求者が上記に該当しない場合には、必ず次の「⑤請求理由」に請求の理由を詳細に記載するとともに、権限書類(委任状等)をご提示ください。		

⑤ 請求理由	<input type="checkbox"/> 自分の権利行使・義務履行のため <input type="checkbox"/> 国または地方公共団体の機関に提出するため	( )
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ※いずれの場合も、必ず詳しい理由を記載するとともに関係書類を提示してください。	

⑥ 何が必要ですか。必要なものの通数を記載してください。

必要な 証明 書	<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)	通	<input type="checkbox"/> 戸籍の附票 戸籍の表示(本籍と筆頭者) <input type="checkbox"/> 有 その他 ( <input type="checkbox"/> 在外選挙人事項 必要な事項 <input type="checkbox"/> 住民票コード ※⑥に必要とする理由を 記載してください。 )	全員	通
	<input type="checkbox"/> 戸籍個人事項証明書(戸籍抄本)	通		個人	通
	<input type="checkbox"/> 戸籍一部事項証明書 必要な事項 ( )	通	<input type="checkbox"/> 除籍の附票 戸籍の表示(本籍と筆頭者) <input type="checkbox"/> 有 その他 ( <input type="checkbox"/> 在外選挙人事項 必要な事項 <input type="checkbox"/> 住民票コード ※⑥に必要とする理由を 記載してください。 )	全員	通
	<input type="checkbox"/> 除籍全部事項証明書(除籍謄本)	通		個人	通
	<input type="checkbox"/> 除籍個人事項証明書(除籍抄本)	通	<input type="checkbox"/> 受理証明書( <input type="checkbox"/> 高額受理証明書の希望 ) 届出年月日( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 婚姻届 <input type="checkbox"/> 離婚届(親権者の記載(有・無)) <input type="checkbox"/> その他 ( 届 )		通
	<input type="checkbox"/> 除籍一部事項証明書 必要な事項 ( )	通	<input type="checkbox"/> 届書の記載事項証明書 裏面の注意事項8をご確認いただいた後、⑥請求理由を記載してください。 届出年月日( 年 月 日 ) ( 届 )		通
	<input type="checkbox"/> 改製原戸籍謄本	通			
	<input type="checkbox"/> 改製原戸籍抄本	通			
	<input type="checkbox"/> 身分証明書 ※裏面の注意事項5をご参照ください。	通	<input type="checkbox"/> 出産一時金証明書(届書・戸籍)		通
	<input type="checkbox"/> 独身証明書 ※裏面の注意事項6をご確認いただいた後、⑥請求理由を記載してください。	通	<input type="checkbox"/> その他 ( )		通
証明内容に 指定がある場合	<input type="checkbox"/> (氏名: ) の(出生・死亡・婚姻・離婚・転籍)の記載があるもの <input type="checkbox"/> (氏名: ) の出生から死亡まで <input type="checkbox"/> (氏名: ) と(氏名: ) の関係がわかるもの <input type="checkbox"/> その他 ( )				

職員 使用 欄	権限書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 契約書写し <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	1点	<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在力(特永証) <input type="checkbox"/> 住力(写真付) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )			
	2点	ア <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳(年金番号通知書) <input type="checkbox"/> 住力(写真無) イ <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		<input type="checkbox"/> 聴聞			
		受付	作成	確認	交付

戸籍証明書等の請求書(広域交付用)

令和 年 月 日

柏 市長 あて

※請求には本人確認資料が必要です。

その他の注意事項は裏面に記載されています。

太字の項目は必ず記入してください。

請 求 者	住所				
		電話番号( )			
	本籍				
	フリガナ	M・T・S			
	筆頭者の氏名	生年月日	H・R	年 月 日	
	フリガナ	T・S			
対 象 者	氏名	生年月日	H・R	年 月 日	
	請求対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者(夫又は妻) <input type="checkbox"/> 直系尊属(父母又は祖父母など) <input type="checkbox"/> 直系卑属(子又は孫など)			
	本籍	<input type="checkbox"/> 請求者の戸籍と同じ			
	フリガナ	M・T・S			
	筆頭者の氏名	生年月日	H・R	年 月 日	
	フリガナ	M・T・S			
必要な戸籍の範囲	氏名	生年月日	H・R	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 対象者の現在の戸籍 <input type="checkbox"/> _____の現在の戸籍 <input type="checkbox"/> 対象者が生まれてから亡くなるまで在籍した戸籍 <input type="checkbox"/> _____が生まれてから亡くなるまで在籍した戸籍 <input type="checkbox"/> 対象者が生まれてから現在まで在籍した戸籍 <input type="checkbox"/> _____が生まれてから現在まで在籍した戸籍 <input type="checkbox"/> _____が _____歳から _____歳まで在籍した戸籍 <input type="checkbox"/> その他( )				
	何が必要ですか。必要なものにチェックをつけて、通数を記入してください。				
	必要な証明の種類	<input type="checkbox"/> 戸籍(除籍)証明書 戸籍(改製原戸籍又は除籍)に記載されている方全員の証明			通
		<input type="checkbox"/> 戸籍(除籍)電子証明書提供用識別符号 戸籍(改製原戸籍又は除籍)に記載されている方全員の電子証明			通

【注意】

改正原戸籍又は除籍に係る証明書を請求する場合、当日中のお渡しは出来ません。  
 証明書が完成次第、受取のために再度来庁が必要です。

職員使用欄		受付	作成	審査	交付
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在カ(特永証) <input type="checkbox"/> 住カ(写真付) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他※公的機関が発行した顔写真付きのものに限る( )				
職員チェックリスト		受付	作成	審査	
請求者は 本人・配偶者・ 直系尊属・ 直系卑属の いずれかで あるか	請求者と対象者が同じ戸籍に記載されていることのみで判断せず、 父母欄や身分事項等に関係性が明記されていることを確認したか				
	職務上請求、第三者請求または任意代理人による請求でないことを 確認したか				

# 自動車臨時運行許可申請書

APPLICATION FOR CAR TEMPORARY PLATE

※注：裏面をよく読んで太線内を記入し、必要な書類を添えて提出して下さい。

受付	審査	交付	返納

契印欄



車名 Maker of the vehicle			
形状 Type of Body	1 箱型(Box-shaped)      2 ステーションワゴン(Station Wagon) 3 バン(Van)      4 キャブオーバー(Cab-over) 5 オートバイ(motorcycle) 6 その他( )		
車台番号 Serial No.			
運行の目的 Purpose	1 車検のための回送(Inspection)      2 登録のための回送(Registration) 3 封印取付け(Seal)のための回送 4 その他(Other) ( )		自動車損害賠償責任保険 Car Insurance 保険会社名 Name of Co. 保険会社 証明書番号 Voucher No.
運行の経路 Route	出発地(From) 経由地(Via) 到着地(To) ※発着主要経路の地点名を記入してください。		保険期間 Insurance Period 自(From) 年 月 日 至(To) 年 月 日
運行の期間 Service period	自(From) 年 月 日 ~ 至(To) 年 月 日 ( 日間) ※目的達成に必要な最小限の日数を記入してください。 (通常、整備のための回送は1日間、車検・登録のための回送は、1~2日間です。)		備考

裏面の注意事項に同意の上、上記のとおり臨時運行の許可を申請します。

年 月 日

千葉県柏市長殿

申請人	住所 Applicant's Address		
	氏名または名称 Name ※法人の場合は 代表者名も 記入してください	(代表者)	
	業 種 Type of Industry	1 販売業(Sales)      2 整備業(Maintenance Services) 3 個人(Personal)	
	番号標受領者氏名・住所 Recipient name Applicant's Address	※申請人と異なる場合のみ記入	

番号標番号	枚数 1・2
許可番号 No.	
許可年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
返納月日	年 月 日
備考	

返納期限 年 月 日まで

①法第11条第1項に基づく請求の場合(ただし、「犯罪捜査等のための請求」の場合を除く。)

令和 年 第 月 号 日

柏市長 あて



住民基本台帳の一部の写しの閲覧の請求について

住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第11条の規定に基づき、下記のとおり住民基本台帳の一部の写しの閲覧を請求します。

請求機関の名称				
閲覧者	職名		氏名	
事務責任者	職名		氏名	
請求事由				
請求に係る住民の範囲				
閲覧事項	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別			

閲覧日	年 月	日	日	日	日
		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

審査 決 裁	課長	副参事	統括リーダー	担当リーダー	担当

②法第11条第1項に基づく請求のうち、犯罪捜査に関するものその他特別の事情により請求事由を明らかにすることが事務の性質上困難なものの場合

令和 第 年 月 日

柏市長 あて



住民基本台帳の一部の写しの閲覧の請求について

住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第11条の規定に基づき、下記のとおり住民基本台帳の一部の写しの閲覧を請求します。

請求機関の名称				
閲覧者	職名		氏名	
事務責任者	職名		氏名	
請求を必要とする事務の内容				
根拠法令				
請求事由を明らかにすることが困難な理由				
請求に係る住民の範囲				
閲覧事項	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別			

閲覧日	年 月	日	日	日	日
		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

審査決裁	課長	副参事	統括リーダー	担当リーダー	担当

③法第11条の2第1項に基づいて申出する場合

住民基本台帳一覧表閲覧申出書  
(個人又は法人による申出用)

柏 市 長      あて

令和      年      月      日

申 出 者	氏 名 <small>(法人名及び代表者名)</small>	<div>印</div> <small>(自署又は押印)</small>	
	住所・電話番号 <small>(所在地・電話)</small>		
<small>(※共同申出者がいる場合)</small>	氏 名 <small>(法人名及び代表者名)</small>	<div>印</div> <small>(自署又は押印)</small>	
	住所・電話番号 <small>(所在地・電話)</small>		
閲覧事項の利用目的			
申出に係る住民の範囲			
閲 覧 事 項		<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別	
閲 覧 者	氏 名		
	住所・電話番号		
閲覧事項取扱者の範囲 <small>(※ 法 人 の 場 合 )</small>			
		活動責任者	住所(又は役職名) 氏名
閲覧事項の管理方法			
<small>利(※調 用査 場研 合究 に)</small>	成 果 の 取 扱 い		
	実 施 体 制		
<small>(※委託者がいる場合)</small>	氏 名 <small>(法人名及び代表者名)</small>		
	住 所 <small>(所在地)</small>		

閲 覧 日	年 月	日	日	日	日
		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

添付書類	<input type="checkbox"/> 委託関係書類 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 閲覧者確認 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 事業所概要
	<input type="checkbox"/> プライバシーマーク認定 <input type="checkbox"/> 調査・アンケート様式 <input type="checkbox"/> その他(      )

審 査 決 裁	課長	副参事	統括リーダー	担当リーダー	担当



# 住民基本台帳事務における支援措置申出書

(固定資産が所在する東京都及び市区町村への支援措置申出書を兼ねる。)

(新規・継続・変更)

柏市長

関係市区町村長

関係都税事務所長

様

住民基本台帳事務におけるドメスティック・バイオレンス、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者保護の支援措置の実施を求めます。

市区町村		連絡
		/
		/
		/
		/

申出代理人:

令和 年 月 日

申出者	氏名・生年月日		住所		連絡先	本人確認
	(T・S・H・R 年 月 日)					
相手方 (判明している場合)	氏名		住所		生年月日	関係性
申出者の状況	A 配偶者暴力防止法		B ストーカー規制法		C 児童虐待防止法	D その他前記AからCまでに準ずるケース
添付書類 (該当書類に印)	保護命令決定書(写し)		その他			
	ストーカー規制法に基づく警告等実施書面					
相談先	(警察署、配偶者暴力相談支援センター、児童相談所等の機関に相談している場合、相談した日時、当該機関(以下「相談機関」という。)の名称、担当課等を可能な範囲で記入して下さい)					
	年 月 日 (相談先の名称) (担当課)					
支援措置を 求めるもの (現住所が記載 されているもの に限る)	希望に印	支援を求める事務		現住所等		
		住民基本台帳の閲覧		現住所	同上	
		住民票の写し等の交付(現住所地)		現住所	同上	
		除票の写し等の交付(前住所地)		前住所		
		戸籍の附票の写しの交付(本籍地)		本籍	筆所有者	
		戸籍の附票の除票の写しの交付(前本籍地)		前本籍	筆所有者	
併せて支援を 求める者 (同一の住所を 有する者に限る)	申出者との関係	氏名	生年月日	申出者との関係	氏名	生年月日
固定資産 について	1 所有する固定資産 <input type="checkbox"/> 有(過去に所有していた場合も含む。)					
	2 固定資産の所在 (1において、「有」と回答した場合) <input type="checkbox"/> 他市区長村 <input type="checkbox"/> 柏市					
	3 他市区町村に所在する固定資産に係る証明書の制限希望について (2において、「他市区長村」と回答した場合) <input type="checkbox"/> 有 ※設問3において「有」にチェックを入れた場合は、申出書別紙を作成ください。別紙に内容の記載が無い場合他市区町村に所在する固定資産に係る証明書について制限することはできません。					
備考						

- (注) ●太枠の中に記入してください。  
●申出に際し、ご本人の確認をさせていただきます。  
●法定代理人、児童相談所長、児童福祉施設の長、里親、ファミリーホーム事業を行う者等支援措置対象者本人以外の者が申し出る場合は、備考欄に実際に申し出を行う者の氏名、生年月日、住所、連絡先等を記入してください。  
●申出の内容について、相談機関等に確認させていただく場合があります。  
●支援措置は、厳格な審査の結果、不当な目的によるものでないこととされた請求まで拒否するものではありません。  
●支援の期間は、支援開始の申出日から一年です。期限到来の一月前から延長の申出を受け付けます。当該申出がない場合、期限到来をもって支援を終了します。  
●申出書の内容に変更が生じた場合には、当初に申出を行った市町村長に申出を行って下さい。  
●当該申出に係る情報について、住民基本台帳からの情報を基に事務処理を行う部局へ提供する場合があります。

(固定資産が所在する東京都及び市区町村への支援措置申出書を兼ねる。)

關係都税事務所長

住民基本台帳事務におけるドメスティック・バイオレンス、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに準ずる行為の被害者保護の支援措置の実施を求めます。

市区町村		連絡
		/
		/
		/
		/

令和 年 月 日

申出者		氏名・生年月日		住所	連絡先	本人確認
		( T ・ S ・ H ・ R    年    月    日 )				
申出者の所有 固定資産		固定資産税事務における 支援を求める市区町村名	土地・家屋の別	固定資産の所在		
	1					
	2					
	3					
併せて支援を 求める者 (同一の住所を有 する者に限る)	氏名 等	申出者との関係	氏名	生年月日		
	所有 固定資産	固定資産税事務における支援を求める市区 町村名	土地・家屋の別	固定資産の所在		
		1				
		2				
		3				
	氏名 等	申出者との関係	氏名	生年月日		
	所有 固定資産	固定資産税事務における支援を求める市区 町村名	土地・家屋の別	固定資産の所在		
		1				
		2				
		3				
氏名 等	申出者との関係	氏名	生年月日			
所有 固定資産	固定資産税事務における支援を求める市区 町村名	土地・家屋の別	固定資産の所在			
	1					
	2					
	3					
備考						

(注) ●「住民基本台帳事務における支援措置申出書」に記載の市区町村以外の市区町村に固定資産を所有している場合又は過去に所有していた場合で、当該固定資産所在市区町村に対しても支援措置に準じた支援の申出を行う場合に記入してください。  
●太枠の中に記入してください。  
●償却資産を所有する場合は、「土地・家屋の別」欄に「償却資産」と記入してください。  
●本申出書に記載された固定資産が所在する市区町村に、住民基本台帳事務における支援措置申出書及びその別紙の写しを送付します。ただし、所有する固定資産が特別区に所在する場合は、当該固定資産が所在する特別区を所管する都税事務所が送付先となります。  
●当該申出に係る情報について、住民基本台帳から情報を基に事務処理を行う都局へ提供場合があります。