

除外申請書

年 月 日


(あて先) 知名町長

自衛官等募集事務に係る募集対象者情報からの除外を申請します。

○申請者

住民登録 している住所	〒 —
氏 名	ㄗがナ
連絡先 (平日の昼間に 連絡のとれる電話番号)	TEL — —
区 分	<input type="checkbox"/> 本人 (対象者) <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 (委任を受けた方)

○対象者 (自衛隊に提供する情報から除外する方)

住民登録 している住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下記入不要) 〒 —
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下記入不要)
	ㄗがナ
生年月日	年 月 日
連絡先 (平日の昼間に 連絡のとれる電話番号)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下記入不要)  TEL — —

○提出書類

対象者本人	<input type="checkbox"/> 除外申請書 (本書) <input type="checkbox"/> 対象者本人の本人確認書類
法定代理人	<input type="checkbox"/> 除外申請書 (本書) <input type="checkbox"/> 対象者本人、法定代理人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 同一世帯でない場合は、対象者本人との関係がわかる書類 (戸籍謄本等)
任意代理人	<input type="checkbox"/> 除外申請書 (本書) <input type="checkbox"/> 対象者本人、任意代理人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状

※本人確認書類：個人番号カード、旅券、運転免許証、健康保険の資格確認書等のいずれか
(郵送の場合は本人確認書類の写しを添付して送付してください。個人番号カード(マイナンバーカード)の写しを送付する際は、おもて面(顔写真のある側)の写しを送付してください。また、健康保険の資格確認書の写しの場合は、保険者番号および被保険者記号・番号をマスキング(黒で塗りつぶし)してください。)