（別紙様式１）

**福祉施設利用者等に係るマイナンバーカード取得支援申出書**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・支援機関名 |  | | | | | | | | |
| 代表者職・氏名 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | 苫小牧市 | | | | | | | | |
| 支援区分  ※組み合わせることも可能です。 | □ | 申請代行・出張交付方式 | | | | | | | |
|  | ＜申請代行見込件数 | | |  | | 件＞ | | |
| □ | 申請・受取代行方式 | | | | | | | |
|  | ＜申請代行見込件数 | |  | | | 件＞ ＜受取代行見込件数 |  | 件＞ |
| □ | 健康保険証利用申込・  公金受取口座登録サポート | | | | ＜支援見込件数 | |  | 名＞ |
| 出張申請希望日  ※申請日から3週間以降としてください。 | | 第１希望日時 | | |  | |  |  |
| 第２希望日時 | | |  | |  |  |
| 第３希望日時 | | |  | |  |  |
| 担当者氏名  連絡先 | TEL　　　　　　　　FAX　　　　　　　　E-mail： | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | |

（問い合わせ先）

苫小牧市市民生活部窓口サービス課

（マイナンバーカード担当）

TEL　0144-32-6492

E-mail　mado-s@city.tomakomai.hokkaido.jp

下記の欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 伺　い | ・  ・ | 主　幹 | 主　査 | 係 | 合　議 |
|  |  |  |  |