

高知市マイナンバーカード出張申請申込書

別紙1

申込日: 令和 年 月 日

高知市長 様

※太枠をご記入ください。

申込者	施設・団体名		TEL	
	施設・団体所在地		FAX	
	代表者氏名		E-mail	
実施会場	※上記施設と異なる場合はご記入ください。			
	会場名			
	会場住所			
実施希望日時	第一希望	令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分		
	第二希望	令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分		
参加予定人数	カード申請()名程度 / 保険証・口座登録()名程度			

- ※1 カード申請の方が3名以上からお申込みいただけます。
 ※2 保険証・口座登録は、通信環境によりWi-Fiが繋がらず手続きが出来ない場合がありますのでご了承ください。
 ※3 現地での写真撮影が困難な場合(乳幼児等)は写真をご持参ください。

お申込み宛先
実施希望日の 10営業日前 までに、郵送・FAX・E-mail・窓口持ち込みでご提出ください。 (郵送・窓口) 〒780-8571 高知市本町5丁目1番45号 高知市役所本庁舎1階 中央窓口センター マイナンバー交付担当 (TEL) 088-823-9455 (FAX) 088-823-9968※送信後にお電話ください。(E-mail) kc-101300@city.kochi.lg.jp

市使用欄

申込受付日	受付者	日程調整者	調整連絡日	リスト受理日	実施予定日時
					令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

実施日	訪問職員	実施人数
令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分		■自宅送付者()名 ※内市外()名 ■写真のみ()名 ■保険証登録()名 / 口座登録()名