

(申請日) 令和 年 月 日

_____(市長・区長・町長・村長) 宛

※住民票のある市区町村名を記入してください

マイナンバーカード交付通知書の送付先に係る居所情報登録申請書

マイナンバーカード交付通知書の送付先に係る居所（現に居住する住民票の住所地以外の地）について、下記のとおり登録申請します。

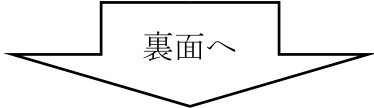
記

1 居所情報登録を行う者の情報

フリガナ 氏名		
生年月日		明・大・昭 平・令・西暦 年 月 日
住民票の住所		〒 ー
居住地の住所 ※ ¹		〒 ー
連絡先		電話番号： (日中に連絡がとれる連絡先を必ず記入してください)
代理人 ※ ²	代理人の種類 該当するものに○を付けてください。	法定代理人 ・ 任意代理人
	フリガナ 氏名	
	住民票の住所	〒 ー
	連絡先	電話番号： (日中に連絡がとれる連絡先を必ず記入してください)

※¹ 本人が居住していない場所（代理人の住所など）を居所とすることはできません。

※² 代理人が本人に代わり申請する場合に記載してください。



2 住所地においてマイナンバーカードの交付通知書の送付を受けることができない理由
(該当する項目にチェックを付けてください。)

☐ 東日本大震災により被災し、住所地以外の地へ避難しているため

☐ 避難元の市区町村や都道府県、避難先の市区町村や都道府県等の関係行政機関が行っている避難者への情報提供のために、居所情報を関係行政機関において共有し、利用することに同意する場合、チェック欄にチェックを付けてください。

☐ ドメスティック・バイオレンス、ストーカー行為等、児童虐待又はこれらに準ずる行為の被害者で、住所地以外の地へ移動しているため

☐ 医療機関・施設等への長期の入院・入所が見込まれ、かつ、入院・入所中は住所地に誰も居住していないため

☐ その他（具体的な状況を下の理由記載欄に記載してください。）

理由記載欄

備考欄

医療機関・施設等向け記入欄

上記の者は当医療機関・施設等に長期間入院・入所している又はする見込みである。

令和 年 月 日 医療機関・施設等名 担当

※ 本欄は、医療機関・施設等に長期間入院・入所していること又はする見込みであることを証明するために当該医療機関・施設等の担当者が記入する欄です。