

氏の振り仮名の届

令和 年 月 日届出

東京都武蔵野市 長 殿

| | | | | | |
|-------------|------|------|-------------|-----|----|
| 受理 令和 年 月 日 | | | 送付 令和 年 月 日 | | |
| 第 号 | | | 第 号 | | |
| 書類調査 | 戸籍記載 | 記載調査 | 附票 | 住民票 | 通知 |

※フリガナはすべてカタカナで記入してください。

| | | | |
|-------------------|--|--|----------------------------------|
| (1) | 本 籍 | 都道府県 | 番地 番 |
| | (2) | 筆頭者の氏名 | |
| | 氏 | | |
| | 氏の振り仮名 (カタカナ) | | |
| (3) | おなじ戸籍にある人 | 名のみ記入してください | (住所・・・住民登録をしているところ) |
| | | (フリガナ) 筆頭者(名) | 都道府県 |
| | | (フリガナ) 配偶者 | <input type="checkbox"/> 同上 都道府県 |
| | | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 同上 都道府県 |
| | | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 同上 都道府県 |
| | | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 同上 都道府県 |
| | | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 同上 都道府県 |
| | | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 同上 都道府県 |
| その他 | | | |
| 届出人署名 (※押印は任意) | 届出人資格に ※優先順 | <input type="checkbox"/> 筆頭者 <input type="checkbox"/> 配偶者(筆頭者が死亡により除籍になっている場合のみ届出可能) <input type="checkbox"/> 子(筆頭者及び配偶者が除籍になっている場合のみ届出可能) | |
| | 署名 | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | |

※届出可能な資格を確認して必ず自署してください。
(届出資格は別紙を参照)

| | | | |
|-----------------|--|---|--|
| 届出人 | 氏(フリガナ)の届をする人が十五歳未満のときに書いてください。届出人となる未成年後見人が3人以上のときは、ここに書くことができない未成年後見人について、その他欄又は別紙(届出人全員が別紙の余白部分に署名してください。署名欄に押印をしている場合は、余白部分への押印でも差し支えありません)に書いてください。 | | |
| 資 格 | 親権者(<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 養父) <input type="checkbox"/> 未成年後見人 | 親権者(<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 養母) <input type="checkbox"/> 未成年後見人 | |
| 住 所 | <input type="checkbox"/> (3)と同じ (方書) | <input type="checkbox"/> (3)と同じ (方書) | |
| 本 籍 | <input type="checkbox"/> (1)と同じ | <input type="checkbox"/> (1)と同じ | |
| | 番地 筆頭者 <input type="checkbox"/> (2)と同じ 番 筆頭者の氏名 | 番地 筆頭者 <input type="checkbox"/> (2)と同じ 番 筆頭者の氏名 | |
| 署 名 (※押印は任意) | | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |

※修正テープや消せるインクのボールペンは使用しないでください。

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 連絡先 | 平日の昼間に連絡が取れる番号を記入してください 電話番号 — — |
|-----|-------------------------------------|