

個人番号カード 返納届/電子証明書 失効申請書

山口市長 様

令和 年 月 日

個人番号		※生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	※性別	男・女
氏名	(※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		電話番号		
住所	山口市				
返納理由	<input type="checkbox"/> 券面記載欄の満欄 <input type="checkbox"/> 紛失後の発見 <input type="checkbox"/> 有効期間の満了 <input type="checkbox"/> 国外転出 <input type="checkbox"/> カード廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()				

※個人番号が分からない場合は、生年月日と性別を記入してください。

失効申請等について、該当するものに○を付けてください。また、失効を希望される電子証明書のシリアル番号を確認できる資料（個人番号カード、電子証明書等の写し等）を本日お持ちいただいている場合にはその旨と、もしその番号をお分かりになる場合には併せてご記入ください。

なお、個人番号カードをお持ちいただいている場合は、失効した電子証明書及びその鍵ペアを当該個人番号カードにより消去いたしますので、あらかじめご了承ください。

署名用 電子証明書	シリアル番号		資料の有無	(無 ・ 有)
	1. サービス利用の自発的な取り止め 2. 利用者の秘密鍵の漏えい等 (例：個人番号カードの紛失・破損・盗難・廃止、暗証番号の漏えい等)			
利用者証明用 電子証明書	シリアル番号		資料の有無	(無 ・ 有)
	1. サービス利用の自発的な取り止め 2. 利用者の秘密鍵の漏えい等 (例：個人番号カードの紛失・破損・盗難・廃止、暗証番号の漏えい等)			

●代理人による届出の場合は、以下に記入してください。

代理人	(※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	本人との関係	
住所		電話番号	() —

※市事務処理欄

本人確認書類	本人	A	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> その他 ()
		B	<input type="checkbox"/> 保険・介護・後期 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 社員・学生証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理人	A	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> その他 ()
		B	<input type="checkbox"/> 保険・介護・後期 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 社員・学生証 <input type="checkbox"/> その他 ()

※MNカード返納後の手続き

<input type="checkbox"/> MNカードの再交付申請書発行済み
<input type="checkbox"/> 通知カードの再交付申請手続き済み
<input type="checkbox"/> 特になし

受付	統合端末処理	券面追記	管理簿入力	住基メモ	カード廃棄処理
	<input type="checkbox"/> カード廃止 <input type="checkbox"/> カード回収	<input type="checkbox"/> 国外転出 <input type="checkbox"/> 追記なし			
/	/	/	/	/	/

委任状

※委任する人（本人）がすべて記入してください。委任される人（代理人）が記入するところはありません。

山口市長 あて

令和 年 月 日

●委任する人（本人）

住民票の住所 山口市 _____ (※)

氏 名 _____ (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

生 年 月 日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 _____

連 絡 先 () _____

私は、下記の者を代理人と定め、個人番号カード 返納／電子証明書 失効申請 に関するすべての権限を委任いたします。

●委任される人（代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 _____