

受付	処理	審査	交付

印鑑登録廃止申請書

東近江市長 様

登録申請者	年 月 日
住 所 東近江市	
氏 名	□男 □女
電話番号	大・昭 平・西暦 年 月 日生
代理人によるときは記入してください。	
代理人 住 所 □東近江市	
氏 名	印

届出理由	本人確認
<input type="checkbox"/> 登録印の改印 <input type="checkbox"/> 登録印の紛失 <input type="checkbox"/> 登録印の摩耗・汚損・毀損 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証の紛失 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証の損傷・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()

印鑑登録廃止処理	
印鑑登録番号	
個人番号カード印鑑登録	

カードの回収	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------	---