

# 印鑑登録等申請書・廃止届書

(宛先) 神奈川県鎌倉市長

令和 年 月 日

登録する印鑑 (※職員が押印します)	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px dashed black;" type="checkbox"/>	予 備
	<input style="width: 100px; height: 80px; border: 1px dashed black;" type="checkbox"/>	

申請等	区分	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証切替 ( <input type="checkbox"/> 旧登録証引換 <input type="checkbox"/> 再交付 )
	廃止理由	<input type="checkbox"/> 紛失 ( <input type="checkbox"/> 登録証 <input type="checkbox"/> 印鑑 ) <input type="checkbox"/> 改印 <input type="checkbox"/> その他 ( )
登録申請者等	住所	神奈川県鎌倉市
	電話番号	( )
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日生

※代理人による申請の場合は、下欄にも記入してください。

代理人	住所	
	電話番号	( )
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日生

<保証書欄の記入上の注意>

- (1) 「保証人の登録印」は、印鑑登録をしているものを鮮明に押印してください。
- (2) 他市町村にお住まいの方が保証人になる場合は、発行後 30 日以内の印鑑登録証明書を添付してください。

保証人 (保証書)	住所	上記の申請を行う者は、登録申請者本人であることを保証します。	保証人の登録印
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日生	

刻印種類	印材コード	本人確認	代理人本人確認	手数料	登録状況
<input type="checkbox"/> 氏・名 <input type="checkbox"/> 氏 <input type="checkbox"/> 名 <input type="checkbox"/> 氏(頭) <input type="checkbox"/> 名(頭) <input type="checkbox"/> 氏・名(頭) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 合成 <input type="checkbox"/> 象牙 <input type="checkbox"/> 水牛 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 石 <input type="checkbox"/> 水晶 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住カ B <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 保証書+質問 <input type="checkbox"/> 回答書 <input type="checkbox"/> 印鑑証明 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住カ B <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 代理人選任届 <input type="checkbox"/> 照会書 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 有 料 ( <input type="checkbox"/> 300円 ) <input type="checkbox"/> 無 料 備考欄 <input type="checkbox"/> 登録のみ <input type="checkbox"/> 改印指導済	照会 . . 回答 . . 期限 . . 交付 . . 登録番号
		確認	回答受付	照会処理	確認
		回答端末	回答受付 受付時刻 :	照会処理	確認
				端末	受付
					受付時刻 :
					事前確認