（様式）

**兵籍等閲覧（交付）申請書**

令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部地域福祉課総括課長　　様

（申請者）

住　　所

　　　氏　　名

電話番号

（旧軍人軍属等との続柄　　　　　　　　）

次のとおり旧軍人軍属等の兵籍等の閲覧（写しの交付）を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧軍人軍属等 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 退職時の本籍地 |  |
| 閲覧等資料 | |  |
| 閲覧（交付）目的 | |  |
| 閲覧・交付の別 | | 1　閲　覧　　　　　　　　　2　写しの交付 |
| 申請者本人  確認添付資料  （該当するものに○） | | １　次のうちいずれか一つ   |  | | --- | | 運転免許証・運転経歴証明書、マイナンバーカード、住民基本台帳カード、旅券、戦傷病者手帳、身体障害者手帳  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ２　１によることができない場合、次のうちいずれか二つ   |  | | --- | | 介護保険被保険者証、年金手帳、公的医療保険の被保険者証・資格証明書  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

（別表）

**身　分　を　証　す　る　書　類**

|  |  |
| --- | --- |
| １　次のうちいずれか一つ | |
| （１） | 運転免許証・運転経歴証明書 |
| （２） | マイナンバーカード（表面（顔写真のある面）のみ） |
| （３） | 住民基本台帳カード |
| （４） | 旅券（パスポート） |
| （５） | 戦傷病者手帳 |
| （６） | 身体障害者手帳 |
| （７） | その他官公庁が発行した写真が貼付された身分証 |
| ２　１によることができない場合、次のうちいずれか二つ | |
| （１） | 介護保険被保険者証 |
| （２） | 年金手帳 |
| （３） | 公的医療保険の被保険者証・資格証明書 |
| （４） | 条例、規則等の規定により交付された免許証等 |

【身分を証する書類の注意事項】

健康保険の被保険者証の写しを添付していただく場合は、被保険者記号・番号にマスキング（黒塗り等）をしてください。

本人確認書類として、個人番号の記載がある書類の添付はお控えください。