

福祉施設・支援団体等による
マイナンバーカード取得支援事前協議書

申請日：令和 年 月 日

施設・団体名	
代表者名	
担当者名	
施設・団体所在地	〒 尾張旭市
連絡先	

実施予定内容

支援内容	該当する箇所に○をつけてください。 () 申請サポート () 代理受取
実施予定日	令和 年 月 日 (曜日)
予定人数	人 ※支援対象者一覧を添付してください。
備考	

注意

- 1 尾張旭市に住民登録がない方の場合、マイナンバーカードの申請状況が確認できないため、他市町村との調整の可否により、対応できない場合もありますので、ご承知おきください。
- 2 福祉施設・支援団体等の確認ができない場合や任意の代理人、個人の方への報償費のお支払いはできません。