

## マイナンバーカード申請サポート取りまとめ申込書

申込日                      年                      月                      日

|                |                                                                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 団体名            |                                                                                                                                |
| 代表者名           |                                                                                                                                |
| 連絡先            | TEL :<br><br>FAX :                                                                                                             |
| 申請希望者人数        | 人<br>(詳細は、別紙「申請希望者リスト」のとおり)                                                                                                    |
| 会場予定地<br>住所・名称 | 開成町                                                                                                                            |
| 希望日時           | 第 1 希望日 :                      月                      日                      午前                      ・                      午後 |
|                | 第 2 希望日 :                      月                      日                      午前                      ・                      午後 |
|                | 第 3 希望日 :                      月                      日                      午前                      ・                      午後 |

※日程調整のため、連絡先TELにご連絡いたします。

開成町税務窓口課に**持参**または**郵送**でお申し込みください

問合わせ先  
開成町役場税務窓口課 総合窓口班  
平日8時30分～17時15分  
TEL 0465-84-0313