

マイナンバーカード申請サポート取りまとめ申込書

令和 年 月 日

団体名	
代表者名	
連絡先	TEL : FAX :
申請希望者人数	人 (詳細は、別紙「申請希望者リスト」のとおり)
会場予定地 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

※日時調整のため、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。

【問合せ先・郵送先】

〒258-8502

開成町延沢773番地

開成町役場 税務窓口課

TEL : 0465-84-0313