

※番号

兵籍簿の資料提供申請書

年 月 日

長寿介護課長 様

申請者

住 所 _____

郵便番号 _____

氏 名 _____

旧軍人軍属から見た申請者の続柄 _____

電話番号 _____

旧
軍
人
軍
属
名

昭和20年8月15日当時の本籍地

愛媛県

氏 名
(旧姓)

()

生年月日

明・大・昭 年 月 日生

申請理由 (該当する番号に○を付けてください。)

- 1 軍歴を後世又は家族に残すため。
- 2 戦没者の供養又は慰霊のため。
- 3 厚生年金等を申請するため。
- 4 その他 ()

提供方法 (該当する番号に○を付けてください。)

- 1 閱 覧 2 写しの交付 (原本証明の希望 有・無) 3 口頭による
(郵送希望 有・無) 説明

※証明する書類

○申請者を証明する書類

運転免許証 ・ 身体障害者手帳 ・ 戦傷病者手帳 ・ 年金手帳

健康保険、国民保険、船員保険の資格確認書 ・ 共済組合の資格確認書

個人番号カード (マイナンバーカード) ・ その他 ()

○旧軍人軍属と申請者との続柄を証明する書類 (旧軍人軍属本人が申請の場合は不要)

戸籍謄本 ・ 除籍謄本 ・ その他 ()

※備考

記入上の注意 ※印の欄は、記入しないでください。