

堺市中区タイムカプセル収納品返却請求書

令和 年 月 日

次のとおり収納品の返却を請求します。

1 収納者 ※学校名・氏名は収納当時、平成4年5月当時の情報をご記入ください

学校名	
(フリガナ)	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日

2 請求者 ※請求者が収納者本人の場合は、委任状は不要です。

現住所	〒 -
(フリガナ)	
氏名	<input type="checkbox"/> 収納者の氏名と同じ
電話番号	
収納者との関係	<input type="checkbox"/> 収納者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
請求者確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()

3 請求方法

窓口請求

郵送請求(請求者確認書類(写し)はホチキス止めのうえご提出ください。)

【注意事項】

○代理請求の場合は委任状が必要です。以下の様式に収納者本人が署名、捺印してください。

○内容等に不備不足や疑義がある場合は代理請求をお断りすることがありますので御了承ください。

※請求書に記載いただいた個人情報(写し)は作品の返却以外の目的で使用することはありません。

※郵送請求で送付いただいた請求者確認書類(写し)は、確認後速やかに廃棄します。

委任状

代理人(委任される方)

令和 年 月 日

住所	〒 -
(フリガナ)	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日

上記の者を代理人として、堺市中区タイムカプセル収納品の取扱いに関する権限を委任します。

収納者(委任する方)

住所	〒 -
生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名	印
電話番号	