

除外申出書

令和 年 月 日

(宛先) 揖斐川町長

自衛官募集対象者情報からの除外を申出します。

対象者 (除外 する方)	住 所	〒 _____
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 ※令和6年度は平成14年4月2日～平成15年4月1日、平成18年4月2日～平成19年4月1日までの間に生まれた方が対象です。
	連 絡 先	電話番号 (_____) _____

申出者	区 分	<input type="checkbox"/> 本人 (本人の場合は以下記入不要) <input type="checkbox"/> 法定代理人 (対象者との続柄: _____) <input type="checkbox"/> 法定代理人以外の代理人
	住 所	〒 _____
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	連 絡 先	電話番号 (_____) _____

○必要書類

本人	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し
法定 代理人	<input type="checkbox"/> 対象者本人の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 法定代理人の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 同一世帯でない場合は、対象者本人との関係が分かる書類 (戸籍謄本等)
法定代理 人以外の 代理人	<input type="checkbox"/> 対象者本人の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 委任状

※本人確認書類・・・個人番号カード、旅券、運転免許証、健康保険証等