

兵籍簿開示申請書

令和 年 月 日

福島県保健福祉部社会福祉課長 様

(申請者)

住所

氏 名 印

※申請者の署名を自署する場合、押印不要

電話番号 () —

次のとおり兵籍簿等の開示（写しの交付）を申請します。

申 請 目 的		軍歴の確認・年金等の確認・その他（ ）
旧軍人との関係		本人・配偶者・子・父母・祖父母・兄弟・その他（ ）
		※別紙「親等図」参照 申請者が兵籍簿に記載されている御本人でない場合は、その遺族（配偶者、六親等内の血族、三親等内の姻族）であることが確認できる戸籍書類（「親等図」3に記載のもの）を提出してください。
開 示 申 請 旧 軍 人	氏 名	（旧姓）
	除隊時の本籍地	福島県
	最 終 階 級	陸 軍
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	死亡年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

【申請者本人確認書類の添付】

1. 下記のうちいずれか一つ

※官公庁から発行された顔写真入りの書類

運転免許証、運転経歴証明書、マイナンバーカード、旅券、戦傷病者手帳、身体障害者手帳、外国人登録証明書 等

2. (1) によることができないとき) 下記のうちいずれか二つ

※官公庁から発行された顔写真がない書類

介護保険被保険者証、年金手帳 等

※氏名の他に、生年月日、住所または顔写真が入った書類

預金通帳、公共料金の領収証、診察券、社員証 等

《問い合わせ先・送付先》

福島県 保健福祉部 社会福祉課 援護担当

〒960-8670 福島市杉妻町2-16

電話 024-521-7923

※ 処 理 欄	受付・処理年月日	受 付	年 月 日	処 理	年 月 日
	申請者の資格確認	適 ・ 否	運転免許証・戸籍謄本・その他（ ）		
	申請目的の適否	適 ・ 否	閲覧等資料		