聴覚障がい者専用お問い合わせFAX用紙

◎必要事項を記入し、**FAX:0120-601-785** まで送信してください。

返信先のFAX番号を記入してください

ご連絡先FAX番号	

下記の１、２のうち、お問合せ内容に応じて、どちらかに○をつけて下さい

１．マイナンバー制度、通知カード、マイナンバーカードに関するご質問

２．マイナンバーカードの一時停止処理のご依頼

注：お問い合せが １の場合、２以降の項目と個人情報の記入は不要です

１．マイナンバー制度、カードに関するご質問を記入して下さい

２．マイナンバーカード 一時停止処理のお問い合わせ専用

マイナンバーカードの一時停止処理をご希望の方は以下項目を漏れ無く記載してください。
記載の抜け・漏れがある場合、一時停止処理が行えません。
また、各項目はマイナンバーカードに記載のものと一致する内容を記入してください。

氏名			
FAX送信者	本人 ・ 家族（氏名： ） その他（氏名： ）		
住所			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
一時停止処理理由			

◎FAXでのお問い合わせは聴覚障がい者の方のみ利用可能です。
◎個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。