福祉介護施設・支援団体等によるマイナンバーカード代理受け取りに係る報告書

大田原市長　宛　　令和　　年　　月　　日

施設・支援団体等名				代表者名	
所在地		連絡先		担当者名	

以下の者のマイナンバーカードについて、代理で交付を受けましたので報告します。

申請者氏名	住所	生年月日	交付日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日
	大田原市	明 大 昭 平 令　年　月　日	令和　年　月　日