

# 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 \_\_\_\_\_

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 ( )		
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

※ 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		

- (注) 1 ※処理欄は記入しないこと。  
2 申請者の署名を自署する場合は、押印は必要ありません。  
3 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（旧軍人の生年月日が記載されているもの）と申請者本人の身元確認ができる書類の2点が必要になります。

《問い合わせ先・送付先》

福島県保健福祉部社会福祉課  
〒960-8670 福島市杉妻町2-16  
電話 024-521-7923