

(様式第3号：第7条関係)

転入予定者受付票

以下のとおり、福井県パートナーシップ宣誓制度に基づき、パートナーシップ宣誓書を受け付けました。

受付年月日	年 月 日
提出者氏名	氏名 (通称名)
	氏名 (通称名)
連絡先	

本票に福井県内へ転入したことを証明する書類を添えて、下記期限までに提出してください。

※期限は、状況に応じて延長が認められることがあります。

提出期限： 年 月 日

受付印

お問い合わせ先
福井県健康福祉部地域福祉課人権室
電話番号：0776-20-0328