令和　　年　　月　　日

市立函館博物館が保管するアイヌの人々の遺骨等返還申請書

函館市教育委員会　教育長　様

申請団体 名称

ふりがな（氏名）

代表者の役職・氏名

郵便番号

住　　所

電話番号

E-mail

市立函館博物館が保管するアイヌの人々の遺骨等の取扱方針３(1)の規定に基づき，下記のとおりアイヌ遺骨等の返還を申請します。

記

１　返還を求めるアイヌ遺骨等について

|  |
| --- |
|  |

２　申請団体の構成員について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 住　　所 | 当該地域との縁 |
| （代表者） |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　団体の構成員が10名を超える場合は，役員等10名についての氏名，住所，当該地域との縁を記載の上，欄外に「ほか〇名」と記載してください。

※　記入欄「当該地域との縁」は，返還を求める出土地域特定遺骨等が発掘・発見された市町村に居住していないアイヌの方のみ，当該地域との縁を記入してください。

申請代表者確認書類提出のお願い

（下記のいずれか１つについて，写しを提出してください。）

☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード（写真付き住民基本台帳カードを含む）

☐ 旅券（パスポート） ☐ 健康保険，国民健康保険または船員保険等の被保険者証

☐ その他上記に掲げる以外の本人確認書類（記入欄 ）

３　返還後の取扱（予定）について

(1)　祭祀供養方法（いずれか１つを選択の上，予定している具体的な方法について記載してください。）

□ 納骨・保管 □ 埋葬 □ その他（記入欄 ）

〇具体的な方法について（納骨予定施設・埋葬予定地点については必ず記載してください。）

記入欄

(2)　火葬予定の有無

□ 有り ・ □ 無し ・ □ 不明

４　個人情報の取扱いについて（承諾の場合はチェックを記載してください。）

□　地域返還対象団体かどうか確認するために，記載内容について関係機関等と共有することを了承します。

□　市立函館博物館が保管するアイヌの人々の遺骨等の取扱方針３(2)に基づき反対意見等があった場合，申請代表者の氏名，住所，電話番号およびE-mailアドレスを，反対意見等を提出した団体の代表者に伝えることを了承します。