

別記様式 1

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)

○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。