

転出届（瀬戸内市から市外へ住所変更）

年 月 日届出

届出 人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他	氏名	本人確認	免・保・マカ その他（ ）
		生年月日 大・昭・平 年 月 日	転出 年月日	令和 年 月 日
		電話番号 ()		

現住所	瀬戸内市 牛窓町 邑久町 長船町 (方書)	現在の 世帯主	
転出先 の住所	 (方書)	転出先 世帯主	

いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入	<input type="checkbox"/> 世帯全員で転出する	<input type="checkbox"/> 世帯一部が転出する
--	------------------------------------	------------------------------------

異動する人	氏名	個人番号カード 住基カード	印鑑 登録証	氏名	個人番号カード 住基カード	印鑑 登録証
			有・無 返納	有・無		有・無 返納
		有・無 返納	有・無		有・無 返納	有・無
		有・無 返納	有・無		有・無 返納	有・無

該当があるもの、所持しているものにを記入してください

異動者 につ いて	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入している	国年	いる お 子 さ ん が 18 歳 以 下 の 場 合	<input type="checkbox"/> こども医療費受給資格者証	医療	
	<input type="checkbox"/> 国民年金に加入している			<input type="checkbox"/> 児童手当を受給している	福祉	
	<input type="checkbox"/> 年金を受給している			<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	医療		その他	<input type="checkbox"/> 犬を飼っている	教委
	<input type="checkbox"/> 心身障害者医療費受給資格証			備考欄		
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費受給資格証	福祉		個人番号カードの 受領・未受領 / 申請中・未申請		
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		※異動者の中に個人番号カード・住民基本台帳カードを所持している方がいる場合は、新しい住所地で転入手続きを行う際、カードを提示し、暗証番号を入力する必要があります。			
	<input type="checkbox"/> 介護認定を受けていた					
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・療育・精神）					
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証					
	<input type="checkbox"/> 障害程度区分認定証明書					
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	税市				
	<input type="checkbox"/> 原付バイクを持っている		水道			
<input type="checkbox"/> 水道の手続きは済んでいる (上水道業務課 0869-22-1325)						