

転居届（瀬戸内市内での住所変更）

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 生年月日 大・昭・平 年 月 日 電話番号 ()	本人確認 転 居 年月日	免 ・ 保 ・ マカ その他 () 令 和 年 月 日

現住所	瀬戸内市 牛窓町 邑久町 長船町 (方書)	現在の世帯主	
転居先の住所	瀬戸内市 牛窓町 邑久町 長船町 (方書)	転居先世帯主	

いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入	<input type="checkbox"/> 世帯全員で転居する <input type="checkbox"/> 世帯一部が転居する	<input type="checkbox"/> 新しい世帯を作る 自治会 () <input type="checkbox"/> 世帯に入る 世帯主氏名 ()
--	--	---

異 動 す る 人	氏 名	世 帯 主 との続柄	個人番号カード 住基カード	氏 名	世 帯 主 との続柄	個人番号カード 住基カード
				有・無 返 納		
			有・無 返 納			有・無 返 納
			有・無 返 納			有・無 返 納

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 備 考 欄	<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		<input type="checkbox"/> 公立の小・中学校へ在学している	教委
	<input type="checkbox"/> 心身障害者医療費受給資格証				
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費受給資格証				
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	福祉			
	<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"/> ゴミの出し方がわからない	生環			
<input type="checkbox"/> 水道の手続きは済んでいる (上水道業務課 0869-22-1325)	水道				