

転居届(瀬戸内市での住所変更)

届出 人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他	氏名	年 月 日届出
		生年月日 大・昭・平 () 年 月 日 電話番号 ()	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 ☑を記入	<input type="checkbox"/> 世帯全員で転居する <input type="checkbox"/> 世帯の一部が転居する	<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 ()
---------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

転居 する 人	氏名	世帯主 との続柄	マイナンバー カード	氏名	世帯主 との続柄	マイナンバー カード	
				有・無 返 納			有・無 返 納
				有・無 返 納			有・無 返 納
				有・無 返 納			有・無 返 納

該当があるものに☑を記入してください			
国	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入している <input type="checkbox"/> 国民年金について聞きたいことがある	こ ど も	<input type="checkbox"/> 18歳以下の人がいる (こども医療費受給資格者証) <input type="checkbox"/> 児童手当を受けている <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費受給資格証が必要 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当を受けている <input type="checkbox"/> 母子健康手帳・親子手帳を持っている
年			備考欄
医	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証を持っている <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費受給資格証を持っている		
療			
福	<input type="checkbox"/> 介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 障害者手帳を持っている <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証を持っている		
社			
税	<input type="checkbox"/> 原付バイクを所有している		
教	<input type="checkbox"/> 公立の小・中学校に在学している		
環	<input type="checkbox"/> 犬を飼っている		
境	<input type="checkbox"/> ゴミの出し方がわからない (ゴミのカレンダーが必要)		

水道については0869-22-1326 (上水道業務課) までお問い合わせください

マイナンバーカードの手続き中ではありませんか？心当たりがある場合は職員にお伝えください。

市確認欄	免・保・マ その他 ()
------	------------------