

転入届 (町外から中川町へ引越しされた方)

中川町長様

届出日		令和 年 月 日
届出人	(フリガナ)	
	氏名	⑩
	住所	(代理人の場合本人との続柄)
電話番号	電話	- -

※太枠の中を記入願います。
 ※異動日から14日以内に届け出下さい。
 ※転出証明書を添付下さい。(注1)
 ※本人確認のできるものを提示して下さい。

注1) 転出先で付記転出をされた方は、マイナンバーカード(要暗証番号)を提出してください。

注2) マイナンバーカードをお持ちの方は、継続利用の手続きをしてください。

住み始めた日(異動日)	令和 年 月 日
新しい住所	中川町字 番地
いままでの住所	
本籍地	
新しい世帯主	
いままでの世帯主	
戸籍筆頭者	

No.	フリガナ氏名	生年月日	世帯主との続柄	個人番号カード	在留カード	備考
1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 年 月 日		住所変更	有・無	
2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 年 月 日		住所変更	有・無	
3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 年 月 日		住所変更	有・無	
4	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 年 月 日		住所変更	有・無	
5	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大・昭・平・令 年 月 日		住所変更	有・無	

確認事項	国民健康保険	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 確認
	後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
	国民年金	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
	重度医療	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
	ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
	乳幼児医療	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
	介護保険	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
	児童手当	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		

確認欄		
No.) _____		
<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> パスポート
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> その他()		