

転出届 (中川町から町外へ引越しされる方)

中川町長様

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

※太枠の中を記入願います。
 ※異動日前の14日以内に届出下さい。
 ※本人確認のできるものを提示して下さい。
 ※代理人が同一世帯で無い場合は
 委任状が必要です。

注) 全世帯又は一部が同時に転出する場合で、そのうちにマイナンバーカードの交付を受けている者があるときは、付記転出をすることにより、住基ネットで転出者情報を送信することができます。付記転出をしたときは、転入届の際にマイナンバーカード(要暗証番号)の提出が必要となります。

転出(予定)日	令和 年 月 日	転出先	
住所		世帯主	
いままでの住所	中川町字 番地	いままでの世帯主	
本籍地		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	

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 ()