

住 民 異 動 届

* 本人は押印を省略できます。

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 転入 | <input type="checkbox"/> 転出 | <input type="checkbox"/> 転居 | <input type="checkbox"/> 付記転出 |
| <input type="checkbox"/> 世帯主変更 | <input type="checkbox"/> 世帯分離 | <input type="checkbox"/> 世帯合併 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |

届出人	本人・世帯主・同一世帯員	氏名	印
	その他()	住所	
	* 委任状を添付してください。	氏名	印

※ 届出には、身分証(運転免許証等)を提示してください。

(連絡先)

窓口に来た日	平成 年 月 日	異動があった日	平成 年 月 日
新しい住所	県	(自治会)	新しい世帯主
	方書き(アパート等)		
今までの住所	県	(自治会)	今までの世帯主
	方書き(アパート等)		
本籍	県	筆頭者	

※ 異動する人全員の氏名を書いてください。

番号	フリガナ氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	健康保険の種類	年金の種類	児童手当
1	明・昭大・平	. .	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住民票コード						
2	明・昭大・平	. .	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住民票コード						
3	明・昭大・平	. .	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住民票コード						
4	明・昭大・平	. .	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住民票コード						
5	明・昭大・平	. .	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住民票コード						

記載例(転居)

住民異動届

*本人は押印を省略できます。

転入 転出 転居 付記転出
世帯主変更 世帯分離 世帯合併
その他()

届出人	本人・世帯主・同一世帯員	氏名	白鷺 一郎	印
	その他()	住所		
	*委任状を添付してください。	氏名		印

※届出には、身分証(運転免許証等)を提示してください。

住み始めた日を記入して下さい。
将来の日付では、届出はできません。

(連絡先 56-9125)

窓口に来た日	平成 20 年 6 月 1 日	異動があった日	平成 20 年 6 月 1 日
新しい住所	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ〇丁目〇番地〇	新しい世帯主	白鷺 一郎
	方書き(アパート等) (自治会 上町)		
今までの住所	栃木 県 河内郡上三川町大字上三川〇〇〇〇番地〇	今までの世帯主	白鷺 一郎
	方書き(アパート等) (自治会 愛宕町)		
本籍	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ〇丁目〇番地〇	筆頭者	白鷺 一郎

※異動する人全員の氏名を書いてください。

番号	フリガナ氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	健康保険の種類	年金の種類	児童手当
1	シラサギ イチロウ 白鷺 一郎	明・昭 35・4・1 大・平	男・女	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	シラサギ ハナコ 白鷺 花子	明・昭 34・5・5 大・平	男・女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	シラサギ タロウ 白鷺 太郎	明・昭 2・3・1 大・平	男・女	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	シラサギ モモコ 白鷺 桃子	明・昭 9・7・6 大・平	男・女	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5		明・昭 . . . 大・平	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無