

住民異動届

穴粟市長様

住所地番	方書き	同住所の既存世帯への
確認	確認	転入・転出確認

※ 太枠の中を記入してください

※署名または記名押印してください。

届出年月日	令和 ・・	届出人氏名等	1. 本人 2. 世帯主 3. その他()	連絡先(電話番号) — —	※ 市役所内の他業務で使用させていただく場合があります。	異動事由	<input type="checkbox"/> 特例外転出	<input type="checkbox"/> 国転出	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 特例外入	<input type="checkbox"/> 國転入	<input type="checkbox"/> 世帯主変更	<input type="checkbox"/> 世帯主分離	<input type="checkbox"/> 世帯主併合	<input type="checkbox"/> 方書	<input type="checkbox"/> その他の変更
異動年月日(予定日)	令和 ・・	生年月日	大・昭・平・令 西暦	年 月 日			<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 取消	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 修正	
新住所					方書	棟号室	世帯主氏名	住所地の属する自治会・隣保								
旧住所					方書	棟号室										

フリガナ 異動者の氏名		生年月日	性別	続柄	再転入	公的認証	在留カード	児手	教委	番号C	国・医	介・後	カード券面	本人通知	備考(申出)
1		大・昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 国	<input type="checkbox"/> 介	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 有	券面事項変更□						
											<input type="checkbox"/> 医	<input type="checkbox"/> 後	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	(新)氏「 」
2		大・昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 国	<input type="checkbox"/> 介	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 有	通称の記載削除□						
											<input type="checkbox"/> 医	<input type="checkbox"/> 後	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	(記)
3		大・昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 国	<input type="checkbox"/> 介	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 有	電子証明書発行□						
											<input type="checkbox"/> 医	<input type="checkbox"/> 後	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	代替文字 有・無 →
4		大・昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 国	<input type="checkbox"/> 介	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 有	届後世帯主変更□						
											<input type="checkbox"/> 医	<input type="checkbox"/> 後	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	(新)
5		大・昭・平・令・西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 国	<input type="checkbox"/> 介	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 有	通知・番号C返納□						
											<input type="checkbox"/> 医	<input type="checkbox"/> 後	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無	委任状・承諾書□
															続柄確認□

入力者	附票	国・医・年	福祉	備考	本人確認書類										本人確認通知			
					<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 年金手帳	〔 〕										<input type="checkbox"/> 無
					<input type="checkbox"/> 保険資格確認書等	<input type="checkbox"/> マイナンバー												<input type="checkbox"/> 有
					<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> ()												(送付日 /)