

住民異動届 転出（市外へ引越しする場合）

兼通知・個人番号カード・住基カード返納届

越前市長 あて

No.

- 転出する人の中に個人番号カード又は住基カードを持っている人がいる。
 転出予定日から14日以内である。
 - 個人番号カード又は住基カードを持っていない。
 転出予定日から14日以上経過している。
- ⇒ 転入地市区町村窓口で、個人番号カード又は住基カードを使っての転入届になります。転出届は必要ですが、転出証明書の交付はしません。転入地市区町村窓口へ出向き、転入届をしてください。その際、カードと暗証番号が必要となります。
- ⇒ 個人番号カード又は住基カードを使っての転入届はできません。転出証明書が必要となります。転出届をし、交付された転出証明書を転入地市区町村窓口へ持参し、転入届をしてください。

★太ワクのところを記入してください。（氏名欄は、署名または記名押印してください）

※生年月日欄は外国人の方は西暦で記入してください。

一部 全部 コード

令和 年 月 日

本人 個力・住力 免・旅・他	届出人(窓口へこられた方)	3. 代理人 (関係)
	1. 本人 2. 世帯主 氏名	住所 氏名
	生年月日 大・昭・平・西暦	生年月日 大・昭・平・西暦
	電話番号	電話番号
	転出日(予定)	令和 年 月 日

受付	作成	点検	交付	印鑑	印暗証	受理連絡通知	第 号		
入力	点検	処理停止	署名用電子	附票	本籍	国保		確認	年金

代理人 個力・住力 免・旅・他	新住所	転出先(これからの住所)	世帯主の氏名
		アパート名	
旧住所		いままでの住所	世帯主の氏名
		福井県越前市 アパート名	

本籍(国外転出のみ)	筆頭者
------------	-----

市営住宅	備考	世帯主変更による続柄修正 届出人
	個力交付申請 有・無 <input type="checkbox"/> 国外転出のためカード還付	印

転出する人の氏名	生年月日	性別	続柄	カード有・無	返納	署名用電子	印鑑番号	国民年金	介護	国民健康保険・後期高齢井越	氏名	続柄
1	明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 住基	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国外(出国)	申 加 回 受 施 未	加 回 期 限 付 誓 約 書	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 116条適 <input type="checkbox"/> 全員除外	世帯主
2	明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 住基	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国外(出国)	申 加 回 受 施 未	加 回 期 限 付 誓 約 書	<input type="checkbox"/> 擬制解除 <input type="checkbox"/> 一部除外 (限度額証有無)	
3	明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 住基	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国外(出国)	申 加 回 受 施 未	加 回 期 限 付 誓 約 書	後期高齢 →④へ <input type="checkbox"/> 回収 (回収日 /)	
4	明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 住基	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国外(出国)	申 加 回 受 施 未	加 回 期 限 付 誓 約 書	<input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 55条適用 <input type="checkbox"/> 負担区分証明 書発行済	
5	明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 住基	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 国外(出国)	申 加 回 受 施 未	加 回 期 限 付 誓 約 書	<input type="checkbox"/> 期限付	

国保加入者(学生116条)	学校名	所在地	区市区
	入学年	年	
	在学年	学年	

高齢者の医療の確保に関する法律による負担区分等証明書交付申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

署名

印