

# 《 転 出 》 住 民 異 動 申 請 書

佐 野 市 長 様 **佐野市から市外へ住所を移す場合** (令和) 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

窓口に来た人 1. 異動者本人 2. 世帯主 3. 代理人 代理人の時は ご記入下さい	氏名 Name <b>佐野 健一</b>	TEL ☎ 1. 携帯 2. 自宅 3. 勤務先 <b>090 ( 1234 ) 5678</b>		
	代理人の住所	異動者との関係		
窓口に来た方の名前 (代理人の場合は、住所と関係も記入する)				
① 異動事由	1. 転入 [ <input type="checkbox"/> 特例 ] (法 30 条 46)	2. 転出 [ <input checked="" type="checkbox"/> 特例 ] 3. 転居 4. 法 30 条 47 5. 世帯主変更 6. 世帯 合併・分離 7. その他 ( )		
② 異動日	(令和) 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日 から ← 新住所に引っ越す日			
③ 新住所 New address	※ 転出先の新住所を記入 <b>宇都宮市旭1丁目1番5号</b>	新世帯主氏名 New householder <b>佐野太郎</b>		
④ 旧住所 Old address	※ 転出前の旧住所を記入 <b>佐野市高砂町1番地</b>	旧世帯主氏名 Old householder <b>佐野健蔵</b>		
<input type="checkbox"/> 転出証明に同じ (市外から転入した場合)				
⑤ 異動者  転出する全員を記入	フリガナ サ ノ ケンイチ 1 <b>佐野 健一</b>	続柄 <b>子</b>	フリガナ 4	続柄
	住民区分 日・外 在留カード等 有・無 <input type="checkbox"/> CS 確認 住コード「 . . . . . 」 住カ・個カ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 継続・記載変更・返納		住民区分 日・外 在留カード等 有・無 <input type="checkbox"/> CS 確認 住コード「 . . . . . 」 住カ・個カ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 継続・記載変更・返納	
	フリガナ サ ノ アケミ 2 <b>佐野 明美</b>	続柄 <b>子の妻</b>	フリガナ 5	続柄
	住民区分 日・外 在留カード等 有・無 <input type="checkbox"/> CS 確認 住コード「 . . . . . 」 住カ・個カ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 継続・記載変更・返納		住民区分 日・外 在留カード等 有・無 <input type="checkbox"/> CS 確認 住コード「 . . . . . 」 住カ・個カ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 継続・記載変更・返納	
	フリガナ サ ノ サクラ 3 <b>佐野 さくら</b>	続柄 <b>子の子</b>	フリガナ 6	続柄
	住民区分 日・外 在留カード等 有・無 <input type="checkbox"/> CS 確認 住コード「 . . . . . 」 住カ・個カ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 継続・記載変更・返納		住民区分 日・外 在留カード等 有・無 <input type="checkbox"/> CS 確認 住コード「 . . . . . 」 住カ・個カ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 継続・記載変更・返納	
	旧世帯主からみた続柄を記入			
	社会保険 (会社の保険) は「いいえ」			
	⑥ 異動者について			
1 佐野市国民健康保険に加入する (している) 人はいますか?		はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
(→ はい の方で佐野市外に転出される場合、理由は修学・施設入所ですか?)		はい いいえ		
2 小・中学校に在学しているお子様の学校名をお書きください。 前の学校 ( 学校 年生) 新しい学校 ( 学校 年生)				
3 医療助成 (妊産婦・こども・ひとり親、重度心身障がい者等) を受けていますか?		はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
4 児童手当・児童扶養手当を受けていますか?		はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
5 介護保険の認定 (サービス) を受けていますか?		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		
6 後期高齢者医療制度の適用 (75 歳以上) を受けていますか?		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		
確認	個カ・免・在カ・住カ・保険証 (社・国・後・介)・チェックリスト・その他 ( )	通知	有・無	