

# 転居届

関川村長様

平成 年 月 日届出

|            |          |
|------------|----------|
| 転居する人の氏名   | 年 月 日生   |
| これからの住所    | 関川村大字 番地 |
| 新世帯主       |          |
| 転居月日       | 平成 年 月 日 |
| 今までの住所     | 関川村大字 番地 |
| 旧世帯主       |          |
| 自宅(連絡先)TEL |          |

※次の事項に該当する方は申し出て下さい。

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険                             | <input type="checkbox"/> 介護保険   | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 |
| <input type="checkbox"/> 児童手当                               | <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 | <input type="checkbox"/> 母子手帳    |
| <input type="checkbox"/> 保育園                                | <input type="checkbox"/> 小・中学校  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 |
| <input type="checkbox"/> 医療費助成（乳児医療・幼児医療・重度心身障害者医療・ひとり親等医療） |                                 |                                  |
| <input type="checkbox"/> 上下水道                               | <input type="checkbox"/> 犬の住所変更 |                                  |

※本人以外の方が窓口に来られた場合は記入して下さい。

|           |                                   |  |
|-----------|-----------------------------------|--|
| 代理人       | 住所                                |  |
|           | 氏名                                |  |
| 転居する人との関係 | 同居の家族[ 夫・妻・子・父・母・( ) ]<br>その他 ( ) |  |

|  |        |
|--|--------|
|  | 確(免・ ) |
|--|--------|