

小千谷市長あて 住民異動届 (職権処理書)

届出の際、届出人の身分証明をご提示ください。
 ※届出人本人による署名の場合、押印は必要ありません。

No. _____

届出年月日	平成 年 月 日	区	1. 全部	届出人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	氏名	住所(代理人の場合のみ記入してください)	電	()
異動年月日	平成 年 月 日	分	2. 一部		(生年月日 明・大・昭・平 年 月 日)		話	-

住 新	番 号	新世帯主	町 名	世帯番号	-	受 付	年 金	児 童	
	番 地	旧世帯主				入 力	老 保	退 職	
所 旧	番 号	-	本人確認	免・保・住力・旅 他()	No.	交 付	出 産	葬 祭	
	番 地					通知 : 平成 年 月 日	確 認	附 票	通 知
本 籍	番 地	筆頭者	否	-	-	戻 : 平成 年 月 日	入 力	老 保	退 職
	番 地					交 付	出 産	葬 祭	

朱線の中をお書きください

フリガナ名	生年月日 住民票コード	年令	性別	世帯主との続柄	異動理由	介護	国保	国	取得年月日	退	取得年月日	年金番号	種別	取得年月日	審査	見出	印鑑
									喪失年月日	扶	喪失年月日			喪失年月日			
1	明・大・昭・平 ・		男女		1 2 3 4 5 6	有 無	有 無		本 扶				1・任 A・B	・ ・ 得 ・ ・ 喪			
2	明・大・昭・平 ・		男女		1 2 3 4 5 6	有 無	有 無		本 扶				1・任 A・B	・ ・ 得 ・ ・ 喪	保 険 証 1. 交付 4. 未回収 2. 修正 5. 未処理 3. 回収 6. 未交付		
3	明・大・昭・平 ・		男女		1 2 3 4 5 6	有 無	有 無		本 扶				1・任 A・B	・ ・ 得 ・ ・ 喪	高 齢 受 給 者 割		
4	明・大・昭・平 ・		男女		1 2 3 4 5 6	有 無	有 無		本 扶				1・任 A・B	・ ・ 得 ・ ・ 喪	統 計 + -		
5	明・大・昭・平 ・		男女		1 2 3 4 5 6	有 無	有 無		本 扶				1・任 A・B	・ ・ 得 ・ ・ 喪	世 帯 人		

備考 ※転入届の方は住民票コードを記入して下さい。

1 転 入	9 死 亡	17 社 保 離 脱	25 種 別 変 更	他 の 保 険 状 況	得喪年月日	平成 . . 得・喪
2 再 転 入	10 養 子 縁 組	18 社 保 加 入	26 年 金 新 規		事 業 所 名	
3 転 出	11 養 子 離 縁	19 生 保 廃 止	27 再 取 得		所 在 地	
4 転 居	12 婚 姻	20 生 保 開 始	28 喪 失		記 号	番 号
5 世 主 変 更	13 離 婚	21 公 年 退 職	29 職 記 載		被 保 険 者	
6 分 離	14 7 7 条 の 2	22 公 年 加 入	30 削 除		保 険 者 番 号	
7 帯 合 併	15 入 籍	23 公 年 受 給	31 権 修 正			
8 出 生	16 転 籍	24 公 年 配 偶 者	32			

交付 : 住・印証・印登・他 () 児童手当 乳児医療

連絡 : 税・学・介・福・他 ()