

④結婚されたとき

| 届の種類 | 手続きチェック 当てはまるものに☑して確認してください | |
|--------|--|--------------------------|
| 婚姻届 | 婚姻する ⇒婚姻届を出す | <input type="checkbox"/> |
| 住所異動 | 婚姻に伴い住所を異動する | <input type="checkbox"/> |
| 印鑑登録 | 婚姻により姓が変わった（印鑑登録している印鑑は姓が彫られている） | <input type="checkbox"/> |
| 国民健康保険 | 国民健康保険に加入している 住所を変更する 新たに国民健康保険に加入する（必要がある） 脱退する（脱退する必要がある） | <input type="checkbox"/> |

【子どもがおられる方】

| | | |
|--|---|--------------------------|
| 児童手当 (氏名が変わるとき) (受給者が変わるとき) | 受給資格が新たに生じる又はなくなる 受給対象となる子どもが増える又は減る (受給資格) 中学校終了以前の子どもを養育されている方(公務員は除く) | <input type="checkbox"/> |
| 子ども医療 (氏名が変わるとき) (保護者が変わるとき) (住所が変わるとき) | 婚姻により姓が変わった 婚姻により保護者が変わった 婚姻に伴い住所を異動した | <input type="checkbox"/> |
| ひとり親家庭等医療 (該当する方) | 受給資格がなくなる (受給資格) ひとり親(母子・父子)家庭の児童(18歳になって最初の3月31日まで)と母親又は父親等 ※所得制限あり | <input type="checkbox"/> |
| 児童扶養手当 (受けている方) | 受給資格がなくなる (受給資格) 母子家庭、父子家庭等で、18歳になって最初の3月31日までの児童又は20歳未満で概ね中度以上の障害のある児童を扶養している ※所得制限あり | <input type="checkbox"/> |
| 特別児童扶養手当 (氏名が変わるとき) (受給者が変わるとき) | 受給資格が新たに生じる又はなくなる (受給資格) 重度、中度の身体・知的・精神障害のある20歳未満の児童を療育されている方 ※他要件あり | <input type="checkbox"/> |
| 保育所 | 保育所に入所中である(入所させたい) | <input type="checkbox"/> |

チェック項目は15ページに続きます。

ご用意いただくもの

- 届書
- 届出人の印鑑(2人分)
- 届出人の戸籍全部事項証明書(婚姻前の本籍が京都市内にある方は不要)
- 持っておられる方は、公的機関発行の顔写真入り本人確認書類(運転免許証、パスポートなど)
- 未成年の方は父母の同意書
- 個人番号カード又は通知カード又は住民基本台帳カードと通知カード(姓が変わる方)
- 外国籍の方は、婚姻要件具備証明書(同訳文)、出生証明書及び国籍証明書(同訳文)、その他に必要な書類がある場合がございます。

※婚姻届では住所の異動はできませんので、住所異動が伴う場合は別途お届けください。
 ※婚姻届を受け付けられるのは、届出人の本籍地、住所地のいずれかです。

- ①京都市外から左京区へ転入されたとき
- ②左京区から転出されるとき
- ③京都市内で住所を異動されたときを参照してください。

登録する印鑑(外枠があるもの)

本人が「公的機関発行の顔写真入り本人確認書類(運転免許証、パスポートなど)」を持参して申請される場合以外は、登録に数日必要です。

- 京都市国民健康保険被保険者証
- 本人確認書類
- 個人番号カード又は通知カード
- 印鑑

加入又は脱退の場合は他に必要なものがありますので、お問い合わせください。

- 印鑑
- 健康保険証
- 新しい受給者の金融機関口座番号(普通預金)の確認できるもの
- 父及び母等の個人番号カード又は通知カード

- 健康保険証(姓が変わったもの)
- 医療費受給者証

- 医療費受給者証

- 手当証書
- 印鑑

窓口にお問い合わせください。









窓口にお問い合わせください。

| いつまでに | 誰が | 担当窓口 | |
|---------------------|-------------------|------|--------------------------------|
| 届出の日から効力が生じます。 | 夫になる人 妻になる人 | 1階5番 | 市民窓口課 (時間外は1階の宿直窓口で受け付けます。) |
| 住所異動(引越し)した日から14日以内 | 本人又は同居している世帯員が代理人 | | 市民窓口課 |
| — | 本人又は代理人 | 1階3番 | |
| 14日以内 | 本人又は代理人 | 1階6番 | 保険年金課 |

| | | | |
|------|-----------|-------|----------|
| 速やかに | 父又は母又は代理人 | 3階32番 | 子どもはぐくみ室 |
| 速やかに | 保護者 | 3階32番 | |
| 速やかに | 本人 | 3階33番 | |
| 速やかに | 本人又は代理人 | | |
| 速やかに | 保護者 | 3階35番 | 障害保健福祉課 |
| 速やかに | 保護者 | 3階33番 | 子どもはぐくみ室 |

次ページに続きます

【その他 姓が変わる場合】

| 届の種類 | 手続きチェック 当てはまるものに☑して確認してください | |
|----------------------|-----------------------------------|--|
| 介護保険 | 65歳以上である [40歳以上の方] 要介護認定を受けている | ☐  |
| 老人医療 | (65歳～69歳の方) 老人医療費の支給を受けている。 | ☐  |
| 重度心身障害者医療 (障害者医療) | 重度心身障害者医療費(障害者医療)の支給を受けている | ☐  |
| 療育手帳 | 療育手帳の交付を受けている | ☐  |
| 身体障害者手帳 | 身体障害者手帳を持っている | ☐  |
| 精神障害者 保健福祉手帳 | 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている | ☐  |
| 指定難病の 医療費の公費負担 | 指定難病の医療費の公費負担を受けている。 | ☐  |
| 肝炎治療の 医療費助成 | 肝炎治療の助成を受けている | ☐  |

| ご用意いただくもの |
|---|
| <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種減額証(お持ちの方) <input type="checkbox"/> 負担割合証(お持ちの方) <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は通知カード |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 医療費受給者証 |
| <input type="checkbox"/> 医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1, 2級の方) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A判定の方) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑 |
| <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑 |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 証明写真(4cm×3cm) <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は通知カード |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑 |
| <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者票 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 新住所がわかるもの(保険証, 住民票等) <input type="checkbox"/> 課税証明(必要な方のみ) <input type="checkbox"/> その他 世帯員の変更がある場合は他に必要なものがありますので, お問い合わせください。 |
| <input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 新住所等がわかるもの(保険証, 住民票等) |

| いつまでに | 誰が | 担当窓口 | |
|-------|---------|-------|------------|
| 速やかに | 本人又は家族 | 2階24番 | 健康長寿推進課 |
| 速やかに | 本人又は代理人 | 2階23番 | |
| 速やかに | 本人又は代理人 | 3階35番 | 障害保健福祉課 |
| 速やかに | 本人 | | |
| 速やかに | 本人 | | |
| 速やかに | 本人 | 3階37番 | 左京医療衛生コーナー |