

①京都市外から左京区へ転入されたとき

届の種類	手続きチェック 当てはまるものに <input type="checkbox"/> して確認してください			
転入	転入届	京都市以外から左京区内に引っ越してきた。 京都市内で住所を異動されたときは「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。	<input type="checkbox"/>	⇒
	印鑑登録	印鑑登録（印鑑登録証明書）が必要である。	<input type="checkbox"/>	⇒
保険	国民健康保険	前住所で国民健康保険に加入している（いた）または、今回新たに加入する必要がある。	<input type="checkbox"/>	⇒
	介護保険	65歳以上である。 40歳以上65歳未満で、介護保険被保険者証を持っている。 （要介護認定を受けている。）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⇒
年金	国民年金	国民年金の第1号被保険者、任意加入被保険者、受給権者 厚生年金や共済組合に加入されている方や、その方に扶養されている配偶者の方はお勤め先にお問い合わせください。	加入 <input type="checkbox"/>	⇒
		受給 <input type="checkbox"/>		
高齢の方	後期高齢者医療	75歳以上である。 65歳以上の方で障害認定を受けている後期高齢者医療の被保険者である。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⇒
	重度障害老人健康管理費	重度障害老人健康管理費の支給を受けている。（支給を受けたい。）	<input type="checkbox"/>	⇒
	敬老乗車証	（70歳以上の方）敬老乗車証の交付を受けたい。	<input type="checkbox"/>	⇒
	老人医療	（65歳～69歳の方）老人医療費の支給を受けている。（支給を受けたい）。	<input type="checkbox"/>	⇒
子育て	小・中学校の転校手続	小・中学生がいる。	<input type="checkbox"/>	⇒
	児童手当	受給している。（中学校3年生までの子どもがいる。）（公務員は除く） ※ 転出予定日の翌日から15日以内に手続きをされない場合は、請求日の翌月分からの支給となります。	<input type="checkbox"/>	⇒
	子ども医療	子ども医療費の支給を受けている。（支給を受けたい。） 0歳から中学校3年生まで。	<input type="checkbox"/>	⇒
	ひとり親家庭等医療	ひとり親家庭等医療費の支給を受けている。（支給を受けたい。） （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"/>	⇒

チェック項目は3ページに続きます。

ご用意いただくもの

- 前住所の市区町村が発行した転出証明書(住民基本台帳カード又は個人番号カードによる転出証明をした場合は不要)
- 海外から帰国の方はパスポート、日本国籍の方は戸籍全部(個人)事項証明書、戸籍附票
- 届出人の印鑑
- 本人確認書類(運転免許証、健康保険証など)
- 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(お持ちの方のみ)
- 外国籍の方は在留カード又は特別永住者証明書又は外国人登録証明書。新規入国で在留カード未交付の外国籍の方はパスポート。新規入国の方は続柄を確認できる書類。

- 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。

- 届出人の印鑑
- 本人確認書類(運転免許証、パスポートなど)
- 個人番号カード又は通知カード
- 特定同一世帯所属者異動連絡票(該当される場合のみ)

年金証書、京都市国民健康保険被保険者証(同一世帯の方がすでに加入されている場合)が必要な場合があります。

- 届出人の印鑑
- 本人確認書類(運転免許証、パスポートなど)
- 受給資格証明書(要介護認定を受けている方)
- 個人番号カード又は通知カード

加入者: 手続きは不要です。

※海外からの転入の場合

個人番号カード又は通知カードと本人確認書類(外国人の方は在留カードとパスポート)、年金手帳(お持ちの方)、印鑑を持って、1階8番窓口の保険年金課で手続きをしてください。

受給権者: 保険年金課での手続きは不要です。(共済年金のみ受給の場合、共済組合に手続きの有無をご確認ください。)

- 負担区分等証明書(京都府内からの転入の場合は不要、その他前住所地の市区町村から発行された書類)

- 本人確認書類
- 個人番号カード又は通知カード
- 印鑑

- 後期高齢者医療被保険者証
- 課税証明書(全項目証明、世帯全員分)
- 身体障害者手帳(1、2級の方)又は療育手帳(A判定の方)
- 印鑑
- 受給者の金融機関口座番号(普通預金)の確認できるもの

- 本人確認書類(健康保険証、介護保険証など)
- 印鑑

- 健康保険証
- 課税証明書(全項目証明)
- 印鑑

いつまでに	誰が	担当窓口	
転入した日から14日以内	本人又は同居している世帯員か代理人(住民基本台帳カード又は個人番号カードによる転入の場合はお尋ねください。)	1階3番	市民窓口課
—	本人又は代理人		

転入した日から14日以内	本人又は世帯主	1階6番	保険年金課
転入した日から14日以内	本人又は家族	2階24番	健康長寿推進課

転入した日から14日以内	本人又は代理人	1階6番	保険年金課
転入後速やかに	本人又は代理人	1階8番	
—	本人又は代理人	2階23番	健康長寿推進課
転入後速やかに	本人又は代理人		

転入届を提出した際に発行される「転入学通知書」を転校先の学校へ提出してください。

- 印鑑
- 健康保険証
- 父及び母等の個人番号カード又は通知カード
- 受給者の金融機関口座番号(普通預金)の確認できるもの
- 健康保険証(子どもの名前の載っているもの)
- 健康保険証
- 戸籍全部事項証明書
- 印鑑
- 課税証明書(全項目証明)
- 配偶者が重度障害者の場合は、その方の身体障害者手帳が必要です。

転出予定日の翌日から15日以内	父又は母又は代理人	3階32番	子どもはぐみ室
転入後速やかに	保護者		
転入した日	ひとり親家庭等の母又は父	3階33番	

次ページに続きます。

	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	
子育て	児童扶養手当	児童扶養手当を受給している。(前の住所で受給していた。)	<input type="checkbox"/>
	特別児童扶養手当	特別児童扶養手当を受給している。(前の住所で受給していた。)	<input type="checkbox"/>
	保育所	児童が保育所に入所している。保育所に入所させたい。	<input type="checkbox"/>
	乳幼児健康診査	4歳までの子どもがいる。	<input type="checkbox"/>
	新生児訪問等	生後4か月までの子どもがいる。	<input type="checkbox"/>
	母子健康手帳	現在、妊娠している。	<input type="checkbox"/>
障害のある方	重度心身障害者医療	重度心身障害者医療費(障害者医療)の支給を受けている。(支給を受けたい。)	<input type="checkbox"/>
	身体障害者手帳	身体障害者手帳の交付を受けている。(交付を受けたい。)	<input type="checkbox"/>
	自立支援医療(更生医療)	自立支援医療(更生医療)を利用している。	<input type="checkbox"/>
	療育手帳	療育手帳の交付を受けている。(交付を受けたい。)	<input type="checkbox"/>
	特別障害者手当等	特別障害者手当, 障害児福祉手当, 経過的福祉手当の支給を受けている。(支給を受けたい。)	<input type="checkbox"/>
	障害福祉サービス	障害者福祉サービスを利用している。(利用したい。)	<input type="checkbox"/>
	心身障害者扶養共済	心身障害者扶養共済に加入している。(加入したい。)	<input type="checkbox"/>
	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(交付を受けたい)。	<input type="checkbox"/>
犬	飼い犬の登録	生後91日以上を飼っている。	<input type="checkbox"/>
バイク	原動機付自転車等の申告	原動機付自転車(125CC以下のバイクなど), 小型特殊自動車を所有している。	<input type="checkbox"/>
その他	小児慢性特定疾病医療費の公費負担	小児慢性特定疾病等の医療費の公費負担を受けている。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	自立支援医療(精神通院)	自立支援医療(精神通院)を受けている。	<input type="checkbox"/>
	自立支援医療(育成医療)	自立支援医療(育成医療)を受けている。	<input type="checkbox"/>
	被爆者健康手帳をお持ちの方	被爆者手帳を持っている。	<input type="checkbox"/>
	肝炎治療の医療費助成	肝炎治療の助成を受けている。	<input type="checkbox"/>
	町内会等への加入	自治会・町内会等への加入を希望する。	<input type="checkbox"/>

ご用意いただくもの	
<input type="checkbox"/> 手当証書 <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"/> 金融機関の通帳(京都府内の本支店で作成したものかつ請求者名義のもの) <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; text-align: center;">窓口にお問い合わせください。</div>	
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳, 妊婦検診受診券	
<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"/> 課税証明書(全項目証明) <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 課税証明(必要な方のみ) <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"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 課税証明書(全項目証明) <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"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 証明写真(4cm×3cm)	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳又は療育手帳 <input type="checkbox"/> 認定通知書 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 課税証明書(新たに支給を受けたい方のみ) <input type="checkbox"/> 受給されている年金番号, 金額の分かるもの <input type="checkbox"/> 本人名義の通帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は通知カード	
<input type="checkbox"/> 福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 課税証明書(全項目証明) <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"/> 心身障害者扶養共済制度加入証書 <input type="checkbox"/> 印鑑	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <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"/> 犬の登録事項変更届 <input type="checkbox"/> 飼い犬の鑑札	
<input type="checkbox"/> ナンバープレート(廃車済みの場合は廃車届受理証明書) <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 本人確認書類(運転免許証など)	
<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; text-align: center;">窓口にお問い合わせください。</div>	
<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者票の写し(他府県発行のもの) <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 課税証明(必要な方のみ) <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は通知カード	
<input type="checkbox"/> 医療受給者証(他府県発行のもの) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 課税証明等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は通知カード	
<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 受給者の方は手当証書及び金融機関口座番号(普通預金)の確認できるもの	
<input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証の写し(他府県発行のもの) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 転入日がわかる書類(住民票・国民健康保険証等)	
<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px; text-align: center;">窓口にお問い合わせください。</div>	

いつまでに	誰が	担当窓口	
転入後速やかに	本人	3階33番	子どもはぐくみ室
	本人又は代理人	3階35番	障害保健福祉課
—	保護者	3階33番	子どもはぐくみ室
転入後速やかに	保護者	3階34番	
転入後速やかに	本人又は代理人	3階35番	障害保健福祉課
転入した日から30日以内	飼い主	3階37番	左京医療衛生コーナー
転入後速やかに	本人又は代理人	2階15番	左京税務窓口
転入後速やかに	本人又は保護者	3階32番	子どもはぐくみ室
転入日から翌日未まで	本人又は代理人	3階35番	障害保健福祉課
転入後速やかに	本人又は代理人		
転入後速やかに	本人又は保護者	3階32番	子どもはぐくみ室
転入後速やかに	本人又は代理人	3階37番	左京医療衛生コーナー
転入日から翌日未まで	本人又は代理人		
随時	本人又は代理人	1階11番	まちづくり推進担当