

手続きチェックシート

⑥京都市外へ転出されるとき

京北出張所等の窓口で行える主な手続きを示していますが、全てを示しているわけではありません。他の手続・書類が必要な場合もありますので、御理解いただきますようお願いいたします。

| | 届の種類 | 誰が | 必要なもの | 窓口の番号 | 担当 |
|--------------------------|-----------------------------------|--|---|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 転出届 転出する日までに | 本人 又は 世帯主 代理人 | <input type="checkbox"/> 窓口に来られる方の本人確認書類 (運転免許証、健康保険証など) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード又はマイナンバー通知カード及び本人確認書類 <input type="checkbox"/> (代理人の場合は) 委任状 ※出張所が発行する転出証明書を持って転出先の市区町村で転入の手続きをしてください。 | ① | 市民窓口担当 |
| <input type="checkbox"/> | 印鑑登録 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 印鑑登録証(カード)を返却してください。 ■転出予定日までは印鑑登録証明書の請求が出来ますが、「印鑑登録証」と「転出証明書」の提示が必要です。 | | |
| <input type="checkbox"/> | 転校手続(中学校) | 転校前の学校に転学届を提出し、在学証明書・教科用図書給与明細書を受け取ってください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険 転出した日から14日以内 | 本人 又は 世帯主 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード又はマイナンバー通知カード及び本人確認書類(世帯全員分) <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類(運転免許証・パスポート等) ■未納の保険料がある場合は、精算をお済ませください。 | ② | 保健福祉第一担当 |
| <input type="checkbox"/> | 後期高齢者医療 転出した日から14日以内 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード又はマイナンバー通知カード及び本人確認書類 <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類(運転免許証・パスポート等) <input type="checkbox"/> (代理人の場合は) 委任状 | | |
| <input type="checkbox"/> | 重度障害老人健康管理費 転出した日から14日以内 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 重度障害老人健康管理事業対象者証(認定シール) <input type="checkbox"/> 健康管理費支給認定通知書 | | |
| <input type="checkbox"/> | 国民年金(加入者) 転出した日から14日以内 | 本人 又は 世帯主 | 年金加入者は、新しい住所地の市町村(市外)へ届けてください。 ※年金手帳持参 | - | |
| <input type="checkbox"/> | 国民年金(受給者) 転出した日から14日以内 | 本人 | 年金受給者は、「年金受給権者住所・支払機関変更届」を新しい住所地を所管している年金事務所宛に郵送してください。 | 年金事務所 | |
| <input type="checkbox"/> | 介護保険 (65歳以上の方) 転出した日から14日以内 | 本人 又は 家族 | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種減額証(お持ちの方のみ) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード又はマイナンバー通知カード及び本人確認書類 <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類(運転免許証・パスポート等) ■要介護認定を受けている方は、受給資格証明書を受け取ってください。 | ② | 保健福祉第一担当 |
| <input type="checkbox"/> | 敬老乗車証 転出届出後 | 本人 | <input type="checkbox"/> 敬老乗車証 (敬老乗車証の返還は、敬老乗車証交付事務センターで行っていますが、右記窓口でも案内できます。) | | |
| <input type="checkbox"/> | 老人医療 転出届出後 | 本人 | <input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証 | | |
| <input type="checkbox"/> | 重度心身障害者医療 転出届出後 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ひとり親家庭等医療 転出届出後 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 児童手当 転出届出後 | 受給者 | (申請の受付は市役所*で行っていますが、右記窓口でも申請できます。) | | |
| <input type="checkbox"/> | 子ども医療 転出届出後 | 父 又は 母 | <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給者証 (申請の受付は市役所*で行っていますが、右記窓口でも申請できます。) | | |

*京都市子ども家庭支援課分室 TEL251-1123(市役所のみ郵送可)
〒604-8171中京区烏丸御池下る虎屋町566-1井門明治安田生命ビル3階

※ 上記以外の書類が必要になることがあります。

手続きチェックシート

⑥京都市外へ転出されるとき

京北出張所等の窓口で行える主な手続きを示していますが、全てを示しているわけではありません。他の手続き・書類が必要な場合もありますので、御理解いただきますようお願いいたします。

| | 届の種類 | 誰が | 必要なもの | 窓口の番号 | 担当 |
|--------------------------|---|--------------------|---|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 児童扶養手当 転出届出後（受給者） | ひとり親家庭等の 父 又は 母 | <input type="checkbox"/> 手当証書 | ② | 保健福祉第一担当 |
| <input type="checkbox"/> | 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 住所変更届 | | |
| <input type="checkbox"/> | 特別児童扶養手当 （受給者） | 父 又は 母 | <input type="checkbox"/> 手当証書 | | |
| <input type="checkbox"/> | 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 転出した日から14日以内 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 認定通知書 | | |
| <input type="checkbox"/> | 125CC以下のバイク、小型特殊自動車、ミニカー、特定小型原付の廃車申告 | 本人 又は 代理人 | 右記までお問合せください。 | ④ | 庶務担当 |
| <input type="checkbox"/> | 乳幼児健康診査 〔4歳以下の子どもがいる方〕 | 保護者 | 特に必要なものはありません。 | ③ | 保健福祉第二担当 |
| <input type="checkbox"/> | 小児慢性特定疾患の医療費の公費負担 | 保護者 | <input type="checkbox"/> 医療受給者証 ■新しい住所地で手続きをしてください。（受給者証の写し持参） | | |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療費の公費負担（育成医療費） | 保護者 | <input type="checkbox"/> 医療受給者証 ■新しい住所地で手続きをしてください。 | | |
| <input type="checkbox"/> | 特定疾患の医療費の公費負担 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 医療受給者証 | | |
| <input type="checkbox"/> | 肝炎治療の公費負担 | 本人 又は 代理人 | ■府内への転出の場合は、新しい住所地で手続きをしてください。 ■府外への転出の場合は、新しい住所地で手続き後、受給者証を京都府健康対策課へ送付してください。 | | |
| <input type="checkbox"/> | 被爆者健康手帳 | 本人 又は 代理人 | 特に返還の必要はありません。 | | |
| <input type="checkbox"/> | 精神保健福祉手帳 | | ■新しい住所地で手続きをしてください。 | | |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療（精神通院） | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 旅館届出 | | 保健福祉局医療衛生推進室医療衛生センター（Tel 075-746-7209） | ⑤ | 上下水道局 |
| <input type="checkbox"/> | 飲食店等営業許可 | | 保健福祉局医療衛生推進室医療衛生センター 西部担当（Tel 075-746-7214） ※生活衛生・食品・犬猫等に係る身近な相談、事業者からの許可の更新・住所変更の届出等簡易なものは、 右京区役所医療衛生コーナー（Tel 075-366-0115） | | |
| <input type="checkbox"/> | クリーニング業等の届出 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 興行場の届出 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 公衆浴場届出 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 理容所、美容所届出 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 犬猫に関する相談 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 飼犬登録変更 | | ■新しい住所地で手続きをしてください。 | | |
| <input type="checkbox"/> | 水道・下水道の使用中止、名義変更 | 本人 又は 家族 | <input type="checkbox"/> 使用されていた水道お客さま番号及び転出先住所 | | |

※ 上記以外の書類が必要になることがあります。