

# 手続きチェックシート

## ⑤京都市外から転入されたとき

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。

| チェック欄                    | 届の種類                                     | だれが                                                                                   | 必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 窓口の番号                 | 担当       |
|--------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 転入届<br><b>転入した日から14日以内</b>               | 本人 又は 世帯主 又は代理人                                                                       | <input type="checkbox"/> 前住所の市区町村が発行した転出証明書（発行されない場合もあります。）<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br>（暗証番号の入力が必要です。）<br><input type="checkbox"/> 特別永住者証明書、在留カード<br><br><input type="checkbox"/> 窓口に来られる方の本人確認書類<br>（運転免許証、パスポート等）<br><br><input type="checkbox"/> （代理人の場合は）委任状                                                                                           | ①                     | 戸籍住民担当   |
| <input type="checkbox"/> | 印鑑登録                                     | 本人 又は 代理人                                                                             | <input type="checkbox"/> 登録する印鑑<br>（大きさ8ミリ〜25ミリ、変形しにくく、鮮明な印影が得られるもの）<br><input type="checkbox"/> 窓口に来られる方の本人確認書類<br>（運転免許証、日本政府発行のパスポート等）<br><input type="checkbox"/> （代理人の場合は）委任状<br><br><div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">             ■本人が「公的機関発行の顔写真入り本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど）」を持参して申請する場合以外は、登録に数日必要です。           </div> |                       |          |
| <input type="checkbox"/> | 転校手続（小学校）                                | 転入届の受理後に、転入学通知書を発行します。転校前の学校で発行された「在学証明書」と共に、指定小・中学校へ提出してください。（詳しくは、小中学校にお問い合わせください。） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| <input type="checkbox"/> | 転校手続（中学校）                                |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| <input type="checkbox"/> | 国民健康保険<br><b>転入した日から14日以内</b>            | 本人 又は 世帯主                                                                             | <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類（運転免許証・パスポート等）<br><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<br><input type="checkbox"/> （代理人の場合は）委任状と本人確認書類                                                                                                                                                                                                                     | ②                     | 保健福祉第一担当 |
| <input type="checkbox"/> | 後期高齢者医療<br><b>転入した日から14日以内</b>           | 本人又は代理人                                                                               | <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類（運転免許証・パスポート等）<br><input type="checkbox"/> 前住所の市区町村が発行する後期高齢者医療負担区分等証明書<br><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<br><input type="checkbox"/> （代理人の場合は）委任状と本人確認書類                                                                                                                                                            |                       |          |
| <input type="checkbox"/> | 重度障害老人健康管理費<br><b>転入した日から14日以内</b>       | 本人又は代理人                                                                               | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格確認書<br><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<br><input type="checkbox"/> 所得証明書（全項目証明）<br><input type="checkbox"/> 該当する身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 受給者の通帳等振込口座番号の分かるもの<br><input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類（運転免許証・パスポート等）<br><input type="checkbox"/> （代理人の場合は）委任状と本人確認書類                          |                       |          |
| <input type="checkbox"/> | 国民年金（加入者）<br><b>転入した日から14日以内</b>         | 本人 又は 世帯主                                                                             | 手続きは不要です。<br>ただし、海外から転入された場合は手続きが必要です。手続きされる場合には、届出人の本人確認書類が必要です（運転免許証・パスポート等）                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |          |
| <input type="checkbox"/> | 国民年金（受給者）<br><b>転入した日から14日以内</b>         | 本人                                                                                    | 「年金受給権者住所・支払機関変更届」の提出が必要な場合があります。京都西年金事務所宛に確認してください。<br><div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">             ■届出用ハガキは保健福祉第一担当にあります。           </div>                                                                                                                                                                                       | 京都西年金事務所<br>☎323-1170 |          |
| <input type="checkbox"/> | 介護保険<br>（65歳以上の方）<br><b>転入した日から14日以内</b> | 本人又は代理人                                                                               | <input type="checkbox"/> 受給資格証明書（要介護認定を受けている方のみ）<br><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<br><input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類（運転免許証・パスポート等）<br>代理人の場合は委任状                                                                                                                                                                                           | ②                     | 保健福祉第一担当 |
| <input type="checkbox"/> | 敬老乗車証<br><b>転入後速やかに</b>                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 申込み、問合せ先は敬老乗車証交付事務センターで行っております<br>○敬老乗車証交付事務センター<br>TEL 050-5443-6647<br>（受付時間:平日8:45〜17:30）                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |          |
| チェック欄                    | 届の種類                                     | だれが                                                                                   | 必要なもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 窓口の番号                 | 担当       |

|                          |                                                                |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | 老人医療<br>転入後速やかに                                                | 本人又は代理人      | <input type="checkbox"/> 健康保険資格情報が確認できる書類<br><input type="checkbox"/> 課税・所得証明書（全項目証明）<br><input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類<br><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                                                                                                                                                      | ② | 保健福祉第一担当 |
| <input type="checkbox"/> | 重度心身障害者医療<br>転入後速やかに                                           | 本人又は代理人      | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（１・２級の方）<br><input type="checkbox"/> 療育手帳（Ａ判定の方）<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（１級、２級で身体・知的の重複の方）<br><input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証資格情報が確認できる書類<br><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（本人、配偶者、扶養義務者分）                                                               |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 児童手当<br>転出予定日から15日以内<br>（請求手続が遅れると、遅れた月分の手当が受けられませんのでご注意ください。） | 父母又は代理人      | <input type="checkbox"/> 請求者の個人番号確認書類<br><input type="checkbox"/> 請求者の健康保険資格情報が確認できる書類<br><input type="checkbox"/> 請求者名義の金融機関口座番号（普通預金）の分かるもの（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。）<br><input checked="" type="checkbox"/> 世帯の状況により、他に必要な書類があります。<br><input checked="" type="checkbox"/> 請求者が公務員の場合は、勤務先でお手続きください。ただし、例外あり（勤務先でお尋ねください）。 |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 子ども医療<br>転入後速やかに                                               | 父母又は代理人      | <input type="checkbox"/> 子どもの健康保険資格情報が確認できる書類。<br>（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"/> | ひとり親家庭等医療<br>転入後速やかに                                           | ひとり親家庭等の父又は母 | <input type="checkbox"/> 健康保険資格情報が確認できる書類（対象者全員分）<br><input type="checkbox"/> 戸籍謄本等<br><input type="checkbox"/> 個人番号確認書類（申請者、児童、扶養義務者）又は課税（所得）証明書（全項目証明）<br><input type="checkbox"/> 同居者及び扶養関係者等調書<br><input checked="" type="checkbox"/> 世帯の状況により、他に必要な書類があります。                                                                     |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 児童扶養手当(受給者)<br>転入後速やかに                                         | 受給者          | <input type="checkbox"/> 手当証書（あれば）<br><input type="checkbox"/> 個人番号確認書類（世帯全員分）又は課税（所得）証明書（全項目証明）<br><input type="checkbox"/> 受給者の金融機関口座番号（普通預金）の分かるもの<br><input checked="" type="checkbox"/> 世帯の状況により、他に必要な書類があります。                                                                                                                  |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 身体障害者手帳                                                        | 本人又は代理人      | <input type="checkbox"/> 該当する手帳<br><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（対象者又は対象児分）                                                                                                                                                                                                                                | ④ | 庶務担当     |
| <input type="checkbox"/> | 療育手帳                                                           |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 特別障害者手当                                                        | 本人又は代理人      | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><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（受給資格者、配偶者、扶養義務者分）                                                                                                                                                                                       |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 障害児福祉手当<br>転入した日から14日以内                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 特別児童扶養手当                                                       | 父又は母         | <input type="checkbox"/> 手当証書（お持ちの方）<br><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（請求者、配偶者、対象児童及び扶養義務者分）<br><input type="checkbox"/> 受給者の金融機関口座番号（普通預金）の分かるもの                                                                                                                                                           | ③ | 保健福祉第二担当 |
| <input type="checkbox"/> | 125CC以下のバイク、小型特殊自動車、ミニカー、特手小型原付の異動申告                           | 本人又は代理人      | 右記までお問合せください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 新生児等訪問                                                         | 保護者          | 右記までお問合せください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 妊婦健康診査受診券                                                      | 本人           | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳<br><input type="checkbox"/> 前住所の妊婦健康診査受診券                                                                                                                                                                                                                                                            | ③ | 保健福祉第二担当 |
| <input type="checkbox"/> | 乳幼児・5歳児健康診査<br>〔5歳6ヶ月までのお子さんがいる方〕                              | 保護者          | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |

\* 京都市子ども家庭支援課分室 TEL222-3777

〒604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地 北庁舎6階

| チェック欄 | 届の種類 | だれが | 必要なもの | 窓口の番号 | 担当 |
|-------|------|-----|-------|-------|----|
|-------|------|-----|-------|-------|----|

|                          |                         |           |                                                                                                                                                                                                                                                      |   |          |
|--------------------------|-------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | 小児慢性特定疾患の<br>医療費の公費負担   | 保護者       | 右記までお問合せください。                                                                                                                                                                                                                                        | ③ | 保健福祉第二担当 |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療費<br>(育成医療)       | 保護者       | 右記までお問合せください。                                                                                                                                                                                                                                        |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 自立支援医療費<br>(精神通院)       | 本人        | 右記までお問合せください。                                                                                                                                                                                                                                        |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 精神保健福祉手帳                | 本人        | <input type="checkbox"/> 該当する手帳<br><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<br>及び本人確認書類 (対象者又は対象児分)                                                                                                                                           |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 特定医療費 (指定難病) の公費負担      | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 医療受給者票<br><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<br>及び本人確認書類<br><div> <input checked="" type="checkbox"/> 京都府外からの転入の場合は、他に必要な書類がありますので、<br/>             右記までお問い合わせください。           </div>                          |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 肝炎治療費の公費負担              | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 受給者証の写し (他府県発行のもの)<br><input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> 印鑑 (内容訂正時に必要)<br><div> <input checked="" type="checkbox"/> 京都府外からの転入の場合は、他に必要な書類がありますので、<br/>             右記までお問い合わせください。           </div> |   |          |
| <input type="checkbox"/> | 被爆者健康手帳<br>転入した日から30日以内 | 本人 又は 代理人 | <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> 印鑑 (内容訂正時に必要)<br><input type="checkbox"/> (受給者は) 手当証書<br><input type="checkbox"/> (受給者は) 銀行等の通帳                                                         |   |          |
| <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)                                                                                                                                                                                                              |   |          |
| <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<br>※生活衛生・食品・犬猫等に係る身近な相談、事業者からの<br>許可の更新・住所変更の届出等簡易なものは、<br>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<br>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"/> | 水道・下水道の使用<br>開始         | 本人 又は 家族  | <input type="checkbox"/> 使用場所の水道お客さま番号又は住所                                                                                                                                                                                                           | ⑤ | 上下水道局    |

※ 上記以外の書類が必要になることがあります。