

住民異動に関する同意書

年 月 日

私は、氏名 (生年月日： 年 月 日) が

同一世帯員となることに同意いたします。

(世帯主) 住 所

氏 名 ※

生年月日 年 月 日

連絡先 ()

※ 上記の内容は、世帯主本人が全てご記入ください。

※ 自署の場合、押印不要です。

《 お 知 ら せ 》

上記の住民異動に伴い、下記のような法的な権利義務関係が発生いたします。

例) ・同居人となる方が国民健康保険加入者の場合

①同居先の世帯主が国民健康保険税の納税義務者となります。

②高額医療に該当した場合の限度額が変わることがあります。

詳細は市民課医療保険係（⑤番窓口）までお尋ねください。

・世帯に後期高齢者医療の被保険者の方がいる場合

保険料・高額医療に該当した場合の限度額が変わることがあります。

詳細は市民課医療保険係（④番窓口）までお尋ねください。

・介護保険関係

世帯の課税状況が変わることにより、介護保険料等が変わることがあります。詳細は健康長寿推進課地域包括支援係（⑳番窓口）までお尋ねください。