

介護保険料納付証明書交付申請書

小 野 市 長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 () -	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者 番 号													
	フリガナ													
	被保険者 氏 名												生年月日	明・大・昭 年 月 日
													性 別	男 ・ 女
住 所	〒											電話番号 ()	-	

介護保険料 納付証明書	どのような証明書が必要です。 <input type="checkbox"/> ____年__月__日から__年__月__日までの間に支払った介護保険料 <input type="checkbox"/> ____年度中に支払った介護保険料の証明書 <input type="checkbox"/> その他()	通
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

※申請者と被保険者が異なる場合、委任欄に被保険者の署名押印が必要です。

私は、申請者を代理人と定め、介護保険料納付証明書の申請、受領に関する権限を委任します。 年 月 日 (被保険者氏名)	④
------------------------------------------------------------------	---

----- (以下は記載不要です。) -----

本人確認欄 ・ 運転免許証 ・ その他の被保険者証 ・ その他 ()

処理者サイン	確認者サイン

受 付 印