

介護保険料納付証明申請書

みよし広域連合長 殿

次のとおり 年分 介護保険料納付証明書の交付を申請します。

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

※申請者が被保険者の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要
※申請者が被保険者の代理の場合は、委任状が必要です。

被 保 険 者	被保険者番号													
	ふりがな													
	氏名												生年月日	明・大・昭 年 月 日
													性別	男 ・ 女
	住所												電話番号() -	

被保険者以外の方が申請・受け取りする場合は委任ください。

頼まれた人 (受任者)	住所		氏名	
頼んだ人 (委任者)	氏名 (自署)			

確認者記入欄

交付確認等	確認書類：運転免許証 マイナンバーカード 健康保険証 身体障害者手帳
-------	------------------------------------