

介護保険料 納付証明交付申請書

阿波市長 様

次のとおり申請します。

※窓口に来られた方の確認ができる免許証・保険証・パスポート等の提示が必要です。

※窓口に来られた方が同居の親族でない場合は、委任状が必要です。

		申請年月日	令和	年	月	日
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
申請者氏名 <small>(窓口に来られた方)</small>		性 別	男	・	女	
被保険者(証明が必要な方)との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他()				
申請者住所	〒 _____ 連絡先 () - _____					

※申請者が被保険者本人の場合、被保険者氏名・住所・電話番号は記載不要です

どなたの証明が必要ですか。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0					
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	被保険者氏名		性 別	男	・	女	
	住 所	〒 _____ 連絡先 () - _____					

必 要 な 証 明 書	・介護保険料納付証明書	令和	年	通
		令和	年	通

確認	免・保・パ・他()	証明番号	
担当			

委任状

阿波市長 殿

令和 年 月 日

委任者 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明・大
昭・平
令・西 年 月 日 _____

私は次の者を代理人と定め、下記の証明書等を請求受領する一切の権限を委任します。

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明・大
昭・平
令・西 年 月 日 _____

記

委任事項	必要な証明書	年 度		必要 通数
	1. 所得証明書	平成・令和	年度	通
	2. 課税証明書	平成・令和	年度	通
	3. 納税証明書	平成・令和	年度	通
	4. 評価証明書	平成・令和	年度	通
	5. 公課証明書	平成・令和	年度	通
	6. その他の証明	平成・令和	年度	通