

様式

介護保険料納付証明書交付申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	⑩	被保険者との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※申請者が被保険者本人又は家族以外の場合、委任状が必要です。

被 保 険 者	被保険者番号	_____		
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		
証明する年	年分（1月1日から12月31日までの納付分）			
必要枚数	枚			
使用目的	1 確定申告 2 その他（ _____ ）			

委 任 状	
中新川広域行政事務組合 管理者 様	
私は上記申請者に、介護保険料納付証明書交付申請および証明書の受領を委任します。	
年 月 日	
被保険者氏名 _____ ⑩	

※保険者記入欄

交付方法	交付年月日	備考	交付
1 窓口	年 月 日		
2 郵送			