

介護保険料納付額確認書交付申請書

小美玉市長 様

使用目的・提出先	年末調整・確定申告・その他()	被保険者番号	
申請者 (窓口に来られた方)	住所		
	氏名	(世帯主との関係 本人 家族 代理人)	
被保険者	住所	小美玉市	
	氏名		
納付年	年	納付期間	年 月から 年 月まで
納付額	円		
備考	納期未到来額	円	
	本日納付確認額	円 (納付書の写しを添付)	
本人確認欄 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 保険証 その他()			受付者

委任状

令和 年 月 日

代理人 住所

氏名

私は、上記の者を代理人とし、介護保険料納付額確認書に関する書類の申請と受領の権限を委任いたします。

委任者 住所

氏名