

# 介護保険料納付証明書交付申請書

平川市長 様

次のとおり \_\_\_\_\_ 年中に支払った介護保険料について、納付証明書の交付を申請します。

※太枠の中をご記入ください。

	申請日	年 月 日
被保険者	フリガナ	被保険者番号
	氏 名	
	住 所	電話番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
使用目的	1. 年末調整・申告等のため 2. 施設入所等に伴う必要書類として 3. その他( )	
必要な枚数		

※被保険者本人以外の方で、代理人の申請を受けた場合は下記に記入してください。

申請者	フリガナ	続柄	
	氏 名		
	住 所	電話番号	

**【市町村確認欄】**

申請者の確認書類

マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ 介護保険被保険者証 ・ 健康保険証 ・ 各種通知書  
その他( )

	課長	課長補佐	係長	係員
決裁				