|  |  |
| --- | --- |
| 国民健康保険税後期高齢者医療保険料介護保険料 | 納付額確認書申請書（窓口用） |

令和　　年　　月　　日

　次のとおり**年分**の納付額確認書の交付を申請します。

　１　納付義務者（世帯主又は被保険者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　生 |
| 連 絡 先 |  |

　２　申請者（窓口に来た人）

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯主との続柄 | □本人（以下の欄は記入不要です）□同住所の親族（以下の住所の欄は記入不要です）□相続人（戸籍のコピーが必要です）□その他（委任状が必要です） |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日　生 |
| 連 絡 先 |  |

---------------------------------------------------------------------------------------

担当課使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認国保税後期介護国保税後期介護 | 受付 | 本人確認書類 |
| 　　／　　　／ | 　　／　　　／ |  |