国民健康保険税納付額確認申請書（郵送用）

令和　　年　　月　　日

下記のとおり　　　　年分の国民健康保険税納付額確認書に係る書類の交付を郵送にて申請します。

　なお、納付額確認書の返信用に、返信用封筒及び８4円切手を同封いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄： 　　 ） |
| 電話番号 |  |
| ○送付先（※申請者住所と異なる場合は送付先をご記入ください） |
|  |

**注）申請者の本人確認書類のコピーをご同封ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世帯主（納税義務者） | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**注）申請者が世帯主（納税義務者）本人の場合は、住所欄は記入する必要はありません。**

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　委　任　状　（本人及び同居の親族以外の方が申請する場合）　私は上記申請者を代理人とし、国民健康保険税納付額確認に関する申請と受領の権限を委任します。　令和　　年　　月　　日（委任する人）　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名(自署)　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日 |