別記様式２（第３条関係）

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

　　年　　月　　日

　　　　　　　　宛

　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 | 年　　　　月　　　　日　生 |
| 連 絡 先 |  |

　２　申請者（窓口に来た人）

|  |  |
| --- | --- |
| 納付義務者  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（戸籍の写しが必要です。）  □その他（委任状が必要です。） |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　生 |
| 連 絡 先 |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付  国保税  後期  介護  国保税  後期  介護 | 確認 | 本人確認書類 |
| ／　　　／ | ／　　　／ |  |

担当課使用欄