別記様式３（第３条関係）

**介護保険料 納付額確認書交付申請書**

　　　年　　月　　日

　高齢介護課　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（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

|  |  |
| --- | --- |
| 納付義務者との続柄 | □本人（以下の欄は記入不要です。）□同一世帯の親族（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。） |
| 住　　所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日　生 |
| 連 絡 先 |  |

　　**注）申請者は、本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード（写真面のみ）等）の写**

**しを同封してください**

＊＊＊郵送前に以下を確認してください。＊＊＊

　　□返信用封筒に送り先（被保険者）の住所及び氏名を記載しました。

　　□返信用封筒に切手（110円）を貼付し同封しました。

　　□申請者の本人確認書類（運転免許証等）の写しを同封しました。

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

送付先　　　　　　　　　　　　　　　高齢介護課使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付・送付日 | 確認・作成日 | 本人確認書類 |
| ／ | ／ |  |

〒306-0290

古河市駒羽根1501番地

高齢介護課　宛