

国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料  
納付額証明書交付申請書

(宛先) 安城市長

平成 年 月 日

<b>申請者(窓口に来られた方) 運転免許証等の身分証明書をご提示ください。</b>			
住所	〒		
氏名		電話番号	( ) -
納付義務者との関係	<input type="checkbox"/> 納付義務者本人 <input type="checkbox"/> 同世帯の方(続柄 ) <input type="checkbox"/> その他の方 ⇒ <b>下記委任状(様式は任意も可)が必要です。</b>		
必要な証明	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料	<input type="checkbox"/> 平成30年分 <input type="checkbox"/> 平成29年分 <input type="checkbox"/> 平成28年分	<input type="checkbox"/> 平成27年分 <input type="checkbox"/> 平成26年分
使用目的	<input type="checkbox"/> 年末調整 <input type="checkbox"/> 確定申告		
納付義務者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	フリガナ		* 個人コード(市役所記入)
	氏名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生

<b>委任状</b>		平成 年 月 日
代理人	住所	
	氏名	
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料      納付額証明書に関する <input type="checkbox"/> 介護保険料
私は、上記の者を代理人とし、書類の申請と受領の権限を委任いたします。		
委任者	住所	
	氏名	(印)
	生年月日	年 月 日生

<b>* 確認欄(市役所記入)</b>	<b>本人確認</b>
国受付 (窓・電・郵)	運転免許証・マイナンバーカード・住基カード・在留カード・パスポート・
医受付 (窓・電・郵)	障害者手帳・国保証・健保証・国組国保証・介保証・後高証・年金手帳・
介受付 (窓・電・郵)	納税通知書・キャッシュカード・クレジットカード・診察券・預貯金通帳・
職員代筆 <input type="checkbox"/>	医療受給者類・学生証・その他 ( )