

さぬき市介護保険料・後期高齢者医療保険料・
国民健康保険税納付額確認書交付申請書

受付印

さぬき市長 殿

次のとおり、平成_____年分
令和_____年分の納付額確認書の交付を申請します。

| | | | | |
|---------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----|
| 申請年月日 | | 令和 年 月 日 | | |
| 申請者（窓口に来られた方） | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 | 月 日 |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | () - | | |
| | 確認書の発行が必要な方との関係 | 本人・配偶者・子 その他 () | 本人・配偶者・子 その他 () | |

本人確認【個・免・パ・住・保・年()】

・確認書の種類欄は、必要なもの全てにチェック(レ印)を付けてください。

| | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|----|----|-------------------------|------------------------------------|----|----|---|
| 確認書の発行が必要な方 | 確認書の種類 | 介護 | 後期 | 国保 | / | 介護 | 後期 | 国保 | / |
| | 介護保険被保険者番号 | 0 0 0 0 | | | | 0 0 0 0 | | | |
| | 後期高齢者医療保険被保険者番号 | / / | 0 | | | / / | 0 | | |
| | 国民健康保険被保険者番号 | 香 川 45 - | | | | 香 川 45 - | | | |
| | 氏名 (国保は世帯主氏名) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる | | | | 住所を記入してください。(委任状が必要です。) さぬき市 番地 | | | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる | | | | 電話番号を記入してください。 () - | | | | |