

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	明治・大正 昭和・平成・令和	年	月	日
	住所				
	電話番号	()	-		
	被保険者との関係	本人・配偶者・子 その他 ()	本人・配偶者・子 その他 ()		

本人確認【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	明治・大正 昭和・平成・令和	年	月	日	明治・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							
	電話番号	<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

電話番号を記入してください。 () -