

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 年 月 日 平成・令和		
	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 年 月 日 平成・令和						大正・昭和 年 月 日 平成・令和					
	住所	☐ 申請者と同じ ☐ 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	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる						電話番号を記入してください。 () -					