

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、\_\_\_\_\_年分の納付額確認書の交付を申請します。

申請年月日		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	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 ( )	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。

確認書の種類	介護				後期				国保							
	介護	後期	国保	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				年 月 日				明治・大正 昭和・平成				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。				( )				-			