

国民健康保険税
介護保険料
後期高齢者医療保険料

納付額確認書交付申請書

年 月 日

年中の下記保険税（料）納付額確認書の交付を申請します。

申請者	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所	〒 ー 電話番号 () 加東市		
	納税（付） 義務者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 () *代理人の場合は、 <u>委任状が必要です</u> 。(任意の様式でも可) () 内には、子、会計士など関係をご記入ください。		

必要な納付額確認書について

*納税（付）義務者の住所、氏名、生年月日を記入してください。

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 加東市		
ふりがな 納税（付） 義務者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
必要な科目 に○を付け てください	国民健康保険税 介護保険料 後期高齢者医療保険料	国民健康保険税 介護保険料 後期高齢者医療保険料	国民健康保険税 介護保険料 後期高齢者医療保険料

委任状

申請者を代理人と定め、上記確認書の交付申請及び受領を委任します。

委任者	住所 加東市	
	氏名	電話番号 ()

来庁者の 本人確認 書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 住基カード	取 扱 者