

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	年 月 日
	住 所	〒 ー 電話番号 () 加東市		
	納税（付） 義 務 者 と の 関 係	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 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。
- * 国民健康保険税納付額確認書の交付申請のみ、個人番号を記入してください。

住所	☐ 申請者に同じ 加東市		
納税（付） 義 務 者	☐ 申請者に同じ		
個人番号			
生年月日	年 月 日	年 月 日	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	☐ 運転免許証 ☐ 保険証（国保・介護・後期） ☐ パスポート ☐ 在留カード等 ☐ 個人番号カード ☐ その他 () ☐ 住基カード	取 扱 者	
---------------------	--	-------------	--