|  |  |
| --- | --- |
| **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 | 〒　　　－　　　　　　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、委任状が必要です。（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 | □申請者に同じ  　　加東市 | | |
| 義務者 | □申請者に同じ |  |  |
| 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 | □マイナンバーカード　□運転免許証  □保険証　　　　　　 □パスポート  □在留カード等 □その他（　　　　　　　　）  □住基カード | 取  扱  者 |  |