

## 国民健康保険税、介護保険料及び 後期高齢者医療保険料納付額確認書の交付申請書

大田原市長様

令和 年 月 日

どなたの 確認書が 必要ですか	住所			
	氏名	フリガナ		
			明治 大正 昭和 平成 令和	
連絡先	— —			
申請書を提出 する人 (窓口に来た 人)	<input type="checkbox"/> 本人 (本人の場合は、下欄の記入は不要です) <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> その他			
	住所			
	氏名	フリガナ		
		明治 大正 昭和 平成 令和		
		年 月 日生		

**窓口に来た方は、免許証等をご提示ください。**

次のとおり申請します。(該当するものを○で囲んでください。)

税 目 等	1 国民健康保険税		年中に納付した分
	2 介護保険料		
	3 後期高齢者医療保険料		

※ 本人及び同一世帯の親族以外の方が申請する場合には、委任状を添付してください。

本人確認欄	委任状

※ 郵送による確認書の申請について  
 申請者の住所・氏名・生年月日・日中連絡の出来る電話番号、確認書がほしい人の住所・氏名・生年月日(申請者と異なる場合)必要な税目等及び何年中に納付した分かを記載し、申請者本人確認ができるもの(詳細は本文の『本人確認書類について』をご確認ください)の写しと返信用封筒(84円切手を貼付)を同封して申請ください。