

**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 年 月 日生		
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、本人確認書類(免許証等)をご提示ください。

次のとおり申請します。(該当する箇所に○を記入してください。)

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、申請者の本人確認ができるもの(詳細は本文の『本人確認書類』をご確認ください)の写しと返信用封筒(110円切手を貼付)を同封の上申請してください。