**介護保険料納付証明書交付申請書**

申請年月日　令和　　　年　　　月　　　日

大村市長　様

次のとおり　　　　　年分介護保険料納付証明書の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | **〒**電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | **〒** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | **〒** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人確認 | １つで確認できるもの | □運転免許証　□パスポート　□住基カード（写真付き）□個人番号カード　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２つで確認できるもの（A＋A又はA+B） | A | □保険証　□年金手帳　□住基カード（写真なし）　□その他（　　　） |
| B | □キャッシュカード　□クレジットカード　□預金通帳　□診察券　□その他（　　　） |
| 添付書類 | □無（大村市在住の同一世帯親族）　□有（委任状・戸籍謄本・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |

　確認欄