

# 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	〒							

確認欄

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