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。

（窓口に来た人）

申請者氏名		被保険者との関係	
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		□運転免許証　□パスポート　□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　□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（　　））		