

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	☐ 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 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 ())		