

介護保険料 納付済額通知書交付申請書

山陽小野田市長 宛

次のとおり令和 年分介護保険料納付済額通知書を申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号	

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		〒 電話番号	
	住 所			

市 記 入 欄	備 考	1) 普通徴収 2) 特別徴収 3) 普通徴収、特別徴収の併用徴収
------------------	-----	---

受 付	<input type="checkbox"/> 介護保険係 <input type="checkbox"/> () 支所	受付日	受付者	市入力日	市入力者
		/		/	

受 付 印

<申請者 本人確認>

免許証
 マイナンバーカード
 旅券
 身障者手帳
 介護保険被保険者証
 健康保険証
 年金手帳
 他 1 ()