介護保険料納付証明書交付申請書

収入証紙

　石垣市長　あて

　次のとおり　　　　　　　　　　　　年分の介護保険料納付証明書の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | | 年　　　月　　　日 | **※太枠の中をご記入ください。** |
| 申請者 | □被保険者本人・・被保険者欄にご記入ください。  □代理人・・・・・被保険者欄、代理人欄、委任状（裏面）にご記入ください。 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | （※自署の場合は印鑑不要） | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | 電話番号 | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代　理　人 | フリガナ |  | |
| 氏名 | （※自署の場合は印鑑不要） | |
| 被保険者  との関係 | □配偶者　□親族（　　　　）　□法定代理人　□その他（　　　　　　　　　） | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□被保険者と同じ | |
| 電話番号 |  |  |

＜市処理欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 | 受付者印 | 交付年月日 | ＜申請者の確認書類＞  □運転免許証  □介護被保険者証　□健康保険証  □個人番号カード  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
|  |  | 年　　　月　　　日 |

委任状

**（※委任状は、委任する被保険者様がご記入ください。）**

石垣市長　あて

**※太枠の中をすべてご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代　理　人 | フリガナ |  | | |
| 氏名 | （※自署の場合は印鑑不要） | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  |  |

　上記代理人が、介護保険料納付証明書について交付申請・受領することを委任します。

　　　　　年　　　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | | |
| 氏名 | （※自署の場合は印鑑不要） | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 電話番号 |  |