**国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料**

**納付済確認書　交付申請書**

（宛先）　いなべ市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 請 者**運転免許証等の身分証明書をご提示ください。 | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | |
| 氏　名 | （電話　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 納付義務者  との関係 | **□**　申請者本人　　**□**　同一世帯員（続柄　　　　　　　）  **□**　その他（続柄　　　　　） ⇒　委任状（様式は任意も可）が必要です。 | | | | | | |
| **必 要 な も の** | | | | | | | |
| 必要な証明 | **□** 国民健康保険料　**□** 後期高齢者医療保険料　**□** 介護保険料  （　　　　　　年分） | | | | | | |
| 使用目的 | □ 年末調整　　　□ 確定申告等　　□その他（　　　　　　） | | | | | | |
| 納付義務者 | 住　所 | | * 申請者と同じ | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 生年月日 | | **□**明治　　**□**大正  **□**昭和　　**□**平成 | | | 年　　月　　日生 | |
|  | | | | | | | |
| **委任状（代理権授与通知書）**　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 代理人 | | 住所  氏名 | | | | | |
| 私は上記の者を代理人とし、 | | | | **□**国民健康保険料  **□**後期高齢者医療保険料  **□**介護保険料 | の納付済額確認書 | | に関する |
| 書類の申請と受領の権限の授与を通知します。 | | | | | | | |
| 委任者 | | 住所  氏名  生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日生 | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者本人確認 | 運免許　個番カ　在留ｶｰﾄﾞ　ﾊﾟｽﾎﾟ　身手帳 | | 健保証　介保証　年手帳　納通　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 納付済額通知書 | 通 |  | |
| 代理請求理由　□施設等入所　□病気・けが　□高齢　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

\*二重線内は使用者記載欄