介護保険料納付済額通知書交付申請書

　　 年　　 月　　 日

十和田市長　様

次のとおり　　　　　　年中の介護保険料納付済額通知書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者  （どなたのものが必要ですか） | 住所 | 十和田市 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　 年　　　　月　　　日 |
| (被保険者番号) |  |
| 申請者  １．本人  ２．本人以外の場合は  右欄にご記入ください | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　 年　　　　月　　　日 |
| 証明されるかたとのご関係 | □同一世帯家族　□相続人　□代理人　□その他 |

※本人・同一世帯家族以外のかたが申請するときは、委任状が必要です。

※個人情報保護のため被保険者及び申請者の本人確認をしますので、免許証または健康保険証等のコピーを添付してください。

※郵送による返信を希望する場合には、返信用封筒（切手の添付、お届け先の住所の記入をお願いいたします）を同封ください。

--------------------------------------------------------------------------------------

《市役所処理欄》

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 受付 |
|  |  |  |  |  |

※申請者確認方法　１．運転免許証　　２．健康保険証　　３．その他（　　　　　　　　　　　）

委任状

　 年　　 月　　 日

十和田市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | ㊞ |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |

私は下記の者を代理人と定め、「介護保険料納付済額通知書」に係る全ての権限を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | ㊞ |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先(Tel) |  |
| 委任者からみた続柄 |  |

※原則、通知書は代理人の方の住所に送付いたします。