

## 納付証明書交付申請書

平川市長 様

次のとおり \_\_\_\_\_ 年中に支払った 

<input type="checkbox"/> 国民健康保険税
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料
<input type="checkbox"/> 介護保険料

 について、納付証明書の交付を申請します。

※太枠の中をご記入ください。

		申請日	令和	年	月	日
申請者 (来庁された方)	フリガナ				続柄	
	氏 名					
	住 所	電話番号				
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	
被保険者 (世帯主 または 必要な方)		<input type="checkbox"/> 申請者本人				
	フリガナ					
	氏 名					
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
		電話番号				
生年月日	大・昭・平	年	月	日		
使用目的	1. 年末調整・申告等のため 2. その他					
必要枚数	国民健康保険税		枚			
	後期高齢者医療保険料		枚			
	介護保険料		枚			

申請者 確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他( )
------------	---

取扱担当者	
-------	--