

# 国民健康保険税等支払額確認書交付申請書

令和 年 月 日

① 窓口に来た人	住 所		② どなたの 確認書が 必要です か	現 住 所	
	フリガナ 氏 名	( 明・大・昭・平 年 月 日生 )		転出前の住所	※転出した場合のみ記入してください。
	②との関係	・ 本人 ・ 家族 (続柄 ) ・ その他 ( )		フリガナ 氏 名	( 明・大・昭・平 年 月 日生 )

※同一世帯以外の方が申請をする場合は、委任状が必要です。

必要な年	( )年中支払い分
必要な支払額確認書	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税
	<input type="checkbox"/> 介護保険料
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付者	
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他( )	作成者	