国民健康保険税
介護保険料 納付額確認書交付申請書
後期高齢者医療保険料

伊予市長　様

次のとおり令和＿＿＿年中の上記保険税(料) 納付額確認書の交付を申請します。

申請年月日	令和　年　月　日

申請者（窓口に来た人）	フリガナ		生年月日	西暦・大・昭・平・令 年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　－　電話番号(　)　－		
	納付義務者との関係	□　本人 □　同一世帯員（続柄　） □　代理人（　）**委任状が必要です。(任意様式も可)**		

○納付額確認書が必要な納付義務者

※申請者が納付義務者本人の場合、記載不要

納付義務者	フリガナ		生年月日	西暦・大・昭・平・令 年　月　日
	氏　名			
	住　所			

必要な科目に○印	国民健康保険税	介護保険料	後期高齢者医療保険料

委　任　状

私は上記確認書の交付申請及び受領について、申請者を代理人として委任します。

委任者 (納付義務者)	住　所	
	氏　名	

(※以下は、記入しないでください。)

窓口申請者本人確認資料	受付印	課長	課長補佐	係長	作票交付者
□　運転免許証 □　個人番号カード □	電話・FAX 住民登録住所送付□				