

介護保険料納付証明書交付申請書

(あて先) 福岡県介護保険広域連合長

次のとおり _____ 年分の介護保険料納付証明書の交付を申請します。

※太わくの中をご記入ください。

	申請年月日	令和	年	月	日	
被 保 険 者	フリガナ					
	氏名					
	被保険者番号					
	住所	〒				
		(電話番号)				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日	

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人・・・下記の代理人欄にご記入下さい。
-------------	---

代 理 人	代理人氏名					
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他()				
	代理人住所	〒				
		(電話番号)				

※本人・配偶者・同居の親族以外の方が申請される場合は、委任状が必要です。

< 処理欄 >

受付年月日	令和 年 月 日	< 申請者の確認書類 > <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> パスポート(旅券) <input type="checkbox"/> 国税・県税の領収証 <input type="checkbox"/> 社会保険料の領収証書 <input type="checkbox"/> その他()
証明書交付年月日	<input type="checkbox"/> 窓口 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 郵送 令和 年 月 日	
受付印		