**介護保険料納付確認申請書**

（あて先）甲　州　市　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

次のとおり、**年分**介護保険料納付確認書の交付を申請します。

■申請者（窓口に来た人）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 電話　　　　（　　　　） |
| ふりがな |  | 生年月日 | □大正　□昭和　□平成年　　月　　日 |
| 氏　名 | 　 |
| 証明される人との関係 | □本人　　　　□配偶者　　　　□同世帯の親族　□代理人（別住所の親族・その他（　　　　　　　　　）） |

■被保険者（証明される人）※申請者の住所・氏名と同じ場合は　同上　に○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 同上電話　　　　　（　　　　） |
| ふりがな |  | 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　年　　月　　日 |
| 氏　名 | 同上 |
| 住　所 | 電話　　　　　（　　　　） |
| ふりがな |  | 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |

■証明書を必要とする理由

|  |
| --- |
| １　確定申告・年末調整　２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**市役所記入欄**

**◆申請者が別住所の親族であった場合**

**・申請者の本人確認欄**

**□運転免許証　□健康保険証　□その他（　　　　　　　　　　）**

**・発行についての確認欄（下記のいずれかに該当で発行可能）**

　□住基システム又は、戸籍住民課への照会　　 □申請者が持参した書類（戸籍等）

　□交付者本人・配偶者・同一世帯親族への電話確認　 □交付者本人の委任状

**委　任　状**

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　甲　州　市　長　委　任　者　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（頼んだ人）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　生年月日　　 明・大・昭・平　　 　年　 　月　 　日　私は、下記のとおり代理人を定め、証明書（確認書）の交付申請及び受領の権限を委任します。記代　理　人　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（頼まれた人）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　生年月日　　 明・大・昭・平　　 　年　 　月　 　日　委任事項（番号を○で囲んでください。）１　介護保険料納付確認書　　　　２　おむつ代医療費控除証明書　　３　その他（　　　　　　　） |
| 注１：この委任状は、委任する方（頼んだ方）が直筆でお書きください。（委任者及び代理人の住所、氏名、委任事項選択）注２：代理人（頼まれた方）が申請する場合には、次の①と②の両方が必要です。①委任者が署名し、印鑑（認印も可）を押印した委任状②運転免許証や健康保険証など代理人であることが確認できるもの |