

保険料の税申告用通知書発行願

委任状

年 月 日

関市健康福祉部高齢福祉課長 様

関市健康福祉部高齢福祉課 様

年中の介護保険料の納付済額をお知らせ願います。

申請者	住所			
	氏名			
	電話番号		納付義務者 との続柄	
納付 義務者	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	T · S	年 月 日	

【市処理欄】

申請者身分確認：免許証・保険証・その他（ ） 同一世帯確認

科目	納付区分	納付済額	納付予定金額
介護	普通徴収		
	特別徴収		

受付者（ ）

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、保険料の税申告用通知書の申請及び受領の権限を委任します。

年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 T · S 年 月 日