

様式第32号(第55条関係)

介護保険料納付証明書交付申請書

中新川広域行政事務組合 管理者様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号	—	

※申請者が被保険者本人又は家族以外の場合、委任状が必要です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ	性別		生年月日
	氏名	男・女	明・大・昭 年月日	
	住所	〒 電話番号	—	
証明する年	年分(1月1日から12月31日までの送付分)			
必要枚数	枚			
使用目的	1 確定申告 2 その他()			

委任状

中新川広域行政事務組合 管理者様

私は、上記申請者に、介護保険料納付証明書交付申請及び証明書の受領を委任します。

年 月 日

被保険者氏名

※保険者記入欄

交付方法	交付年月日	備考	交付
1 窓口 2 郵送	年 月 日		