様式第47号(第50条関係)

年　　　月　　　日

介護保険料・後期高齢者医療保険料納付確認書交付申請書

　時津町長　様

介　護　保　険　料

　次のとおり、　　　　年分の　　　　　　　　　　　　　納付確認書の交付を申請します。

後期高齢者医療保険料

(どなたの証明が必要ですか)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 介 護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 後 期 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　(　　　)　　　　 |

　(窓口に来られた方)

　※1　被保険者本人が申請される場合は、下記は記入不要です。

　※2　被保険者の家族以外の代理の方が申請される場合は、委任状が必要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　(　　　)　　　　 |

　※町確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者の確認書類 | 交付 | 備考(委任状等) |
| 　□運転免許証　□健康保険証　□その他(　　　　　　　) | 　□即日交付済み　□　　　年　　月　　日 | 　 |