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

次のとおり、　　年分の（介護保険料／後期高齢者医療保険料）納付確認書の交付を申請します。

(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 氏名		生年月日	年　月　日
	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	