

# 介護保険料納付確認書発行申込書

年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

※ 申込者が被保険者でないとき

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏名										生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所										電話番号				

備考(介護保険課記入欄)

確認欄 免許証 マイナンバーカード 身障手帳 健康保険証

身分証明書 その他( )

確認書	受付
交付	
郵送	

電話受付