

介護保険料納付証明書交付申請書

(あて先) 仙台市区長

申 請 年月日	年	月	日
------------	---	---	---

※太わくの中をご記入ください。

被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	被保険者証番号			
	住 所	電話番号 ()		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月

窓 口 に 来 ら れ た 方	<input type="checkbox"/> 本人	代理人氏名	被保険者との関係
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人住所	電話番号 ()

※家族以外の代理の方が申請するときは委任状が必要です。

処 理 欄	
受付年月日	. .
証明書交付 年 月 日	<input type="checkbox"/> 即日 本人確認書類 〔 介護保険被保険者証 個人番号カード・運転免許証 その他 () 〕 <input type="checkbox"/> 郵送
備 考	

決 裁 欄			
課 長	係 長	係 員	公印承認
収 受			