

日付スタンプ

介護保険料納付証明申請書

沖 縄 市 長 様

次のとおり令和 年分 の介護保険料納付証明書を申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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										

※ 職員記載欄

申請者の身分証確認

※運転免許証・健康保険証・個人番号カード・その他 []

※年金種類の確認 遺族・障害年金等確認 → 済

※納付状況確認 特徴 ・ 普徴 ・ 両方 ※記録入力 → 済

委任状

沖縄市長 様

年 月 日

氏名：

被保険者
(委任者)

※本人の署名または、記名押印。

住所：

被保険者の次に掲げる手続きを下記の者に委任します。

- ☐ 介護保険証（資格者証）、負担割合証の再交付の申請及び受け取り
- ☐ 介護保険料 納付証明書の申請
- ☐ 介護保険料の減免の申請
- ☐ 介護保険給付についての申請（高額介護（介護予防）サービス費 等）
- ☐ 利用者負担額軽減にかかる認定の申請（介護保険負担限度額 等）
- ☐ 障害者控除対象者認定についての申請
- ☐ 送付先変更の申請
- ☐ その他

[]

氏 名：

受任者
(代理人)

住 所：

電話番号：

続柄（ ）

※受任者（代理人）の身分証明書を持参してください。