

# 介護保険料 納入済証明申込書

受付者	係長	課長補佐	課長

豊中市長あて

太枠の中を記入してください。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

納付義務者	住所	豊中市中桜塚3-1-1	必要年(度)・必要通数等を記入してください。 ★1通につき手数料が300円かかります。			
	連絡先	06 ( 6858 ) 5050 <small>※日中につながりやすい連絡先を記入してください。</small>		<b>年中の証明</b> (1月から12月までの支払額)	<b>年度中の証明</b> (4月から3月までの支払額)	
			平成 令和	2 年(度)	1 通	通
	ふりがな 氏名	とよなか みらい 豊中 未来	◎複数年(度)必要な場合は、下記へ記入してください。			
			平成 令和	30 年(度)	通	2 通
	生年月日	昭和 35 年 4 月 1 日				
被保険者番号	1001234567					
			平成 令和	年(度)	通	通

申込者	納付義務者との関係	1. 本人                      2. 同一世帯員 <b>3. その他</b> ( 叔父 ) 以下記入不要です。                      委任状が必要です。	備考	受付印
	住所	豊中市中桜塚3-1-1		
	連絡先	06 ( 6858 ) 5050 <small>※日中につながりやすい連絡先を記入してください。</small>		
	ふりがな 氏名	とよなか きぼう 豊中 希望		
			交付日	
			発送日	