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。

年　　月　　日

納付義務者	住所		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	(　　) ※日中につながりやすい連絡先を記入してください。		年中の証明 (1月から12月までの支払額)	年度中の証明 (4月から3月までの支払額)
			平成 令和　　年(度)	通	通
	ふりがな 氏名		◎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　　年(度)	通	通
	生年月日	年　　月　　日			
	被保険者番号		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　　3. その他(　　) 以下記入不要です。　　委任状が必要です。
	住所	
	連絡先	(　　) ※日中につながりやすい連絡先を記入してください。
	ふりがな 氏名	

備考	受付印
交付日	
発送日	