

介護保険料納付済額のお知らせ申請書（郵送用）（記入例）

函南町長 様

令和 〇 年 〇 月 〇 日

確定申告・年末調整に使用するため、下記のとおり、令和 〇 年中に普通徴収で納付した保険料額を記載した「介護保険料納付済額のお知らせ」を申請します。

なお、介護保険料納付済額のお知らせの返信用に、返信用封筒及び 110 円切手を同封いたします。

申請者	住 所	函南町平井 7 1 7 - 1 3
	氏 名	函南 太朗 (続柄：夫)
	電話番号	055-979-8126

注) 申請者は身分証明書のコピーをご同封ください。

被保険者	住 所	函南町平井 7 1 7 - 1 4
	氏 名	函南 花子
	生年月日	昭和 2 0 年 1 月 1 日

注) 申請者が被保険者本人の場合は、住所欄は記入する必要はありません。

下記委任状欄は本人及び同居の親族以外の方が申請する場合に、被保険者に記入いただきます。それ以外の場合は記入の必要はありません。

.....

委 任 状 (本人及び同居の親族以外の方が申請する場合)

私は上記申請者を代理人とし、介護保険料納付済額のお知らせに関する申請と受領の権限を委任します。

令和 2 年 1 1 月 1 日

(委任する人 “被保険者本人”)

住 所 函南町平井 7 1 7 - 1 4

氏 名 函南 花子 生年月日 昭和 2 0 年 1 月 1 日