介護保険料
後期高齢者医療保険料　納付証明申請書

松前町長　様

次のとおり、保険料の納付証明を申請します。

申請年月日	令和　　年　　月　　日			
申請者氏名		被保険者との関係		
申請者住所	伊予郡松前町大字 電話番号（　　）　　―			
使用目的（支払い年）	1．確定申告（令和　　年中支払）	2．年末調整（令和　　年中支払）	3．松前町補助金申請（金額無し完納証明）	
	4．その他（　　）（令和　　年中支払）			

①取りに来られた方の情報をご記入ください。（町外の方は印字された住所を横線で削除願います。）

②当てはまる使用目的番号に○をつけて、必要な支払い年を記入してください。

※申請者と同一世帯の場合、以下の住所と電話番号は省略可能です。

必要な証明種類	1．介護保険料　　2．後期高齢者医療保険料		
被保険者番号	（介護） （後期）		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			
住所	伊予郡松前町大字 電話番号（　　）　　―		
必要な証明種類	1．介護保険料　　2．後期高齢者医療保険料		
被保険者番号	（介護） （後期）		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			
住所	伊予郡松前町大字 電話番号（　　）　　―		

③必要な証明種類の番号に○をつけて、対象となる保険料の被保険者番号をご記入ください。

④必要な方（被保険者）の情報をご記入ください。（町外の方は印字された住所を横線で削除願います。）

委任状

上記申請人を代理人と定めて、証明申請並びに受領の一切の件を委任します。

委任する人	氏名		生年月日	年　　月　　日
	住所			

⑤使用目的が1、2以外で、申請者と被保険者が別世帯の方の場合、必ず委任状を記入してください。