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		
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。）			
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（　　）　　—		
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。			
使用目的（支払い年）	1．確定申告（　　年中支払） 2．年末調整（　　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（　　）（　　年中支払）		

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。）

※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)	性別	男　・　女
フリガナ 氏名		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
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)	性別	男　・　女
フリガナ 氏名		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
住所	伊予郡松前町大字 電話番号（　　）　　—		

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。

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。

委任する人	氏名	印	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
	住所			