

介護保険料納付確認書交付申請書

(あて先)川口市長

次のとおり 年分の介護保険料納付確認書の交付を申請します。

		申請年月	年	月	日
申請者氏名	本人との関係				
申請者住所	〒 電話番号				

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要

被保険者番号										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	氏名(フリガナ)	男・女
	〒 住所	年 月 日生

市 処 理 欄	申請者	<input type="checkbox"/> 本人(BDを確認) <input type="checkbox"/> 代理人(BCDを確認) <input type="checkbox"/> 事業者	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 本人あて郵送 <input type="checkbox"/> 申請者あて郵送	
	(A) 事業者	<input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 認定調査員証 <input type="checkbox"/> 名刺等	<input type="checkbox"/> その他(            )		
	(B) 申請者	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 認定調査員証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 社員証(写真有) <input type="checkbox"/> その他(            )		
		2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 社員証(写真無) <input type="checkbox"/> その他(            )		
	(C) 被保険者 (代理権)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他(            )			
	(D) 個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他(            )			
	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 保険		