

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
	年 月 日生	
	〒 住 所	

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（ＡＢＣＤを確認）		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"/> 資格確認書 <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"/> 資格確認書 <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				