

国民健康保険料・後期高齢者医療保険料・介護保険料  
納付証明書・納付済額通知書 交付申請書

(宛先) 岡崎市長

令和●●年 ●月 ●日

申請者(窓口に来られた方) 運転免許証等の身分証明書をご提示ください。	
住所	岡崎市十王町2丁目9番地
氏名	納付 済子 (電話 )
納付義務者との関係	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(続柄 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他(続柄 子の妻 ) ⇒ 委任状(様式は任意も可)が必要です。
必要なもの	
必要な証明	<input type="checkbox"/> 納付証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 年度 年度 年度 通 <input checked="" type="checkbox"/> 納付済額通知書 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料 ●●年分
使用目的	<input type="checkbox"/> 融資(資金借入) <input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 年末調整 <input checked="" type="checkbox"/> 確定申告等
納付義務者	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 岡崎市
	フリガナ ネンチュウ ガクオ
	氏名 年中 額男
	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 12年 3月 4日生 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成

委任状(代理権授与通知書) 令和●●年 ●月 ▲日	
代理人	住所 岡崎市十王町2丁目9番地 氏名 納付 済子
私は上記の者を代理人とし、	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 の <input type="checkbox"/> 納付証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料 <input checked="" type="checkbox"/> 納付済額通知書 に関する
書類の申請と受領の権限の授与を通知します。	
委任者	住所 岡崎市十王町2丁目9番地 氏名 年中 額男 (印) 中 生年月日 昭和12年 3月 4日生

申請者本人確認	運転免許 個番力 在留カード ハスホ 身手帳	健保証 介保証 年手帳 納通 その他( )
納付証明	通	手数料 円 納付済額通知書 通
代理請求理由 <input type="checkbox"/> 施設等入所 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他( )		

\*二重線内は市役所記載欄