国民健康保険税
介護保険料
後期高齢者医療保険料

納付確認書交付請求書

新発田市長　様

平成　　年　　月　　日

①どなたの、何の証明が必要ですか

年区分　平成　　年

住　所　新発田市

氏　名　　（☎　　－　　）

種　類　□国民健康保険税　□介護保険料　□後期高齢者医療保険料

②窓口に来られた方はどなたですか　（①の方と同じ場合は、記入の必要はありません）

住　所

氏　名　　印　（☎　　－　　）

窓口に来られた方と①の方とのご関係：　□　同一世帯　□　その他（　　）

※　同一世帯の方の場合は、押印の必要はありません

窓口に来られた方が同一世帯でない場合は、①の方ご本人からの委任が必要ですので、以下の委任状を記載してもらってください。

委任状

住　所

氏　名　　印　（☎　　－　　）

私は、上記②の者を代理人と定め、上記国民健康保険税納付確認書、介護保険料納付確認書および後期高齢者医療保険料納付確認書の交付請求および受取りに関する一切の権限を委任します。

受付者　　宛名番号

申請者確認　□運転免許証　□保険証　□その他（　　）