

阪南市介護保険料納付確認書交付申請

令和 年 月 日

阪南市長 殿

申請者住所 _____

申請者氏名(続柄) _____ ()

電話番号 _____

下記の者について、所得の申告等において必要がありますので、阪南市介護保険料納付確認書の交付を申請します。

記

対象納付期間		令和____年1月1日～同年12月31日(納付見込み含む)									
対象者	被保険者番号	0	0	0	0	0					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							性別	男・女	
	生年月日	大正・昭和		年	月	日					

※郵送申請の場合、本書及び返信に必要な額の切手を貼付した返信用封筒を同封のうえ、阪南市健康部介護保険課あてに送付願います。なお、その際の返送先は、対象者の住民票に記載の住所又は介護保険課にて登録済みの送付先に限ります。