様式第９０号（第６３条関係）

受付

|  |
| --- |
| 受付者堺市介護保険料徴収票交付申請書　堺市長　殿 |
| 　堺市介護保険料徴収票の交付を堺市介護保険施行規則第６３条第１項の規定により、次のとおり申請します。 |
| 　 | 申請年月日 | 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、申請者の住所及び電話番号は、記載不要　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 住所 | 〒　　　　 | 電話番号　(　　) |
| 　 |
| 　 | 証明対象年 | ・　　　　年分・　　　　年分・　　　　年分 | 　 |
| 　 |
| 　 | 申請の理由 |  | 　 |
| 　 |