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 | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |