受付

|  |
| --- |
| 受付者堺市介護保険料徴収票（納付済額のお知らせ）交付申請書　　　　　　堺市長　殿 |
| 　堺市介護保険料徴収票（納付済額のお知らせ）の交付を、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　(　　) |
| 　 |
| 　 | 対象年 | ・　　　　年分・　　　　年分・　　　　年分 | 　 |
| 　 |
| 　 | 申請の理由 |  | 　 |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 堺市決裁・処理欄 | 上記申請により交付してよろしいか。 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 　 |
| 被保険者資格・納付の確認 | 　　年　　　　月　　　　日　確認 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 徴収票発行 | 　　年　　　　月　　　　日　発行 |
| 備考 | 　 |

 |