	窓口処理欄	
受付	係長	課長

介護保険料納付証明書交付申請書

伊達市長

次のとおり 年度分介護保険料について納付証明書の交付を申請します。

			申請月	日	年	月	日				
申	請者氏	名	本人との関	係							
申	請者住	所	郵便番号電話番	号							
※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 ※申請者が本人以外の場合、申請者からの委任状が必要です。											
被	被保険	者看	番号								
,=-	フリガ	ナ	7		F						
保	氏	名	<u>生年月日</u> 性 別		<u>年</u> 男・	月 女	日				
険	住	所	伊達市								
者			電話番号								
			1 所得申告資料のため2 その他								
申	請 理 由		その他の場合、申請理由を簡潔に記入ください。								
			運転免許証 □パスポート □マイナンバーカー	ド]					
 本	本人確認		その他()						
(職	員記入欄)	原	[本還付口								
交付書類 □Excel様式 □MCWELシステム出力物											