

- ☐ 国民健康保険税
☐ 介護保険料
☐ 後期高齢者医療保険料

年分
納付額確認書交付申請書

平戸市長 様

年 月 日

窓 口 へ ら れ 方 (申請者)	住 所	平戸市	町	番地
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名	⑩		明大昭平 年 月 日
	※請求者本人による署名の場合、押印は不要です			
	確認が必要な方とのご関係 (続柄等)		連絡先電話番号	()

※申請者が代理人の場合は委任状が必要です。

※国民健康保険税 納税義務者 (世帯主)	住 所	平戸市	町	番地
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			明大昭平 年 月 日
必要な方の 氏 名 等	住 所	平戸市	町	番地
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			明大昭平 年 月 日
	住 所	平戸市	町	番地
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			明大昭平 年 月 日
	住 所	平戸市	町	番地
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			明大昭平 年 月 日
	住 所	平戸市	町	番地
	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			明大昭平 年 月 日

※確定申告の際の社会保険料控除に必要な納付額(当該年1月1日から12月31日までに納付された税額)を証明するものです。
※特別徴収である年金から天引きされた保険料(税)は証明できません。
※国民健康保険税の場合、納税義務者は世帯主となりますので、確認書の氏名は納税義務者となります。
世帯員個別で確認書が必要な場合は、個別に計算が必要となりますので、時間がかかることがあります。

※市記載欄 照合欄	1つで確認できるもの		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード			
			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()			
	2つで確認できるもの (Aから2つ又はA・Bからひとつずつ)	A	<input type="checkbox"/> 健康保険証等 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳			
			<input type="checkbox"/> その他()			
		B	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> キャッシュカード(預金通帳) <input type="checkbox"/> 診察券			
		<input type="checkbox"/> その他()				
			件数		取扱者	