

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 こた （申請者）	住所	平戸市 町 番地	
	フリガナ	生年月日	
	氏名	印	明大昭平 年月日
	<small>※請求者本人による署名の場合、押印は不要です</small> 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。

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)		<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()
			<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