国民健康保険税・介護保険料・後期高齢者医療保険料
納付確認書　交付申請書

鹿角市　　様　　平成　　年　　月　　日

納 付 義 務 者（納付確認書を発行してほしい方）	
住　所	
フリガナ	
氏　名	連絡先：
生年月日	□明治　□大正 □昭和　□平成　　年　　月　　日生
申 請 者（窓口に来られた方）運転免許証等の身分証明書をご提示ください。	
住　所	
氏　名	連絡先：
納付義務者との関係	□　申請者本人 □　同居の家族（続柄　　） □　その他 ⇒ **委任状（様式は任意も可）が必要です。**
必 要 な も の　☑をつけてください。	
必要な種類	納付確認書　　年分　※納付額は普通徴収分のみです。納付内容の詳細につきましては各課へお問い合わせください。 □ 国民健康保険税 …… 税務課 □ 介護保険料 …… 健康推進課 □ 後期高齢者医療保険料 …… 市民課
使用目的	□ 年末調整　□ 確定申告等

委　任　状　　平成　　年　　月　　日

代理人　住所

氏名

私は、上記の者を代理人とし、□ 国民健康保険税 □ 介護保険料 □ 後期高齢者医療保険料 の納付確認書に関する書類の申請と受領の権限を委任いたします。

委任者　住所

氏名　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生

※ 確認欄	本人確認	運免許　住基カ　外録証　ﾊﾟｽﾎﾟ　身手帳	健保証　介保証　年手帳　納通
市役所記入	納付確認書（無料）　　通	花・十・尾・八・大・い・本（担当　　）	