決裁欄	課　長	主　幹	係	月日	別紙のとおり証明するもの

介護保険料納付済証明申請書

大垣市長　様

次のとおり　　年分の介護保険料納付済証明書を申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・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	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

申請理由
1 紛失・破損等のため　2 申告のため　3 年末調整のため　4 その他（　　）

本人確認
1 免許証　2 個人番号カード　3 保険証　4 その他（　　）

☐ 本人確認不可のため自宅に郵送　　☐ 電話受付