介護 後期高齢者医療 保険料納付確認書（税申告用）交付申請書

※後期高齢者医療保険料も必要な場合は〇で囲んでください。

（あて先） 前橋市長

申請日　　年　　月　　日

介護被保険者番号											確　認　用
後期被保険者番号											免許証・保険証・その他（　　）

被保険者氏名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年　　月　　日
住　所	前橋市　　町　　丁目　　番　　号 番地		
必要な年	平成 ・ 令和　　年分		

届出者名	住所			
	氏名			
	電話		関係	

※ 同一世帯のご親族以外の方が来庁（届出）の場合には、委任状（下段）が必要になります。

※ 交付には、本人確認が必要になります。申請書と一緒に提示してください。

委　任　状

令和　　年　　月　　日

（あて先）前橋市長

（委任者）　住所

氏名　　印

介護・後期高齢者医療保険料納付確認書の申請及び受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

（受任者）

住　所

氏　名