

公印使用年月日 .	押印者	管守者等
--------------	-----	------

証明書  
 介護保険料納付 交付申請書  
 明細書

(あて先) 下 関 市 長 年 月 日

申請者  (窓口にく られた方)	住 所	下関市 町 丁目 番 号 番地 <small>*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所は記載不要</small>											
	フリガナ											続柄	
	氏 名												
	電話番号	( ) —											
どなたのが いますか	住 所	下関市 町 丁目 番 号 番地											
	フリガナ											生年月日	
	被保険者 氏 名											明・大・昭 年 月 日	
	必要な 年 中	年中	被 保 険 者 番 号										
何に使わ れますか	<input type="checkbox"/> 税申告用 <input type="checkbox"/> 施設入所手続き <input type="checkbox"/> その他 ( )												
送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 被保険者												
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍の写し等 (被保険者が死亡し、住民票で続柄が確認できない場合に添付)												

(※市記入欄)

提 出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送	身 元 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 (本人・同一世帯・委任状(受領権限)) <input type="checkbox"/> 郵 送 ( / )		