

介護保険料納付済額のおしらせ 交付申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

次のとおり、介護保険料納付額のお知らせの交付を申請します。

※太枠内をご記入ください。

1 被保険者名	被保険者番号：			
	住所：			
	氏名：			
2 申請者 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	住所：			
	氏名：			
	電話番号：		続柄：	
3 申請理由	<input type="checkbox"/> 勤務先提出			
	<input type="checkbox"/> 官公庁提出			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

(市使用欄)

同一世帯確認	<input type="checkbox"/> 同一世帯・相続人代表者（窓口交付可）	<input type="checkbox"/> 左記以外（郵送交付のみ）	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

係長	係	確認	受付