

介護保険料納付確認申請書
(年分)

大洲市長 殿

年 月 日

納付義務者 (必要な方)	
住 所	大洲市
ふりがな	
氏 名	印
生 年 月 日	明治 年 月 日 大正 昭和

(注意)

代理人が申請されるときは、必ず代理人選任届が必要です。

代 理 人 選 任 届

私は、下記の者を代理人に選任し、介護保険料納付確認書の請求について、その権限を委任したのでお届けします。

代理人 (窓口に来られた方)	
住 所	
ふりがな	
氏 名	
納付義務者との続柄	