令和　　年　　月　　日

大 口 町 長　様

介護保険料納付額証明願い

次のとおり介護保険料の納付金額について証明願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関　　係 |  |
| 申請者住所 | （対象者と異なる場合に記入） |
| 対象者氏名 |  | 被保険者番　　号 |  |
| 対象者住所 |  |
| 証明する期間 | 令和　　　　　年　中・　　　　月分 |
| 使用目的 | 確定申告等・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 家族、親族又は契約ケアマネージャー以外の代理人が請求する場合は委任状を添付してください。