

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。