

国民健康保険税・介護保険料・後期高齢保険料納付証明書申請書

長島町長 殿

年 月 日

必要事項を記入のうえ、該当する項目に☑印をつけてください。

申請人	住所	<input type="checkbox"/> 平尾 <input type="checkbox"/> 葦之元 <input type="checkbox"/> 指江 <input type="checkbox"/> 城川内 <input type="checkbox"/> 下山門野 <input type="checkbox"/> 山門野 <input type="checkbox"/> 川床 <input type="checkbox"/> 鷹巣 <input type="checkbox"/> 浦底 <input type="checkbox"/> 諸浦 <input type="checkbox"/> 獅子島						番地
	氏名	(印)						

※代理の場合、必要な人の住所・氏名

1	住所	氏名	国保・介護・後期高齢
2	住所	氏名	国保・介護・後期高齢
3	住所	氏名	国保・介護・後期高齢

※必要な書類

納付証明書	国民健康保険税	<input type="checkbox"/>	通	備考	郵送 <input type="checkbox"/>
	介護保険料	<input type="checkbox"/>	通	備考	郵送 <input type="checkbox"/>
	後期高齢者 医療保険料	<input type="checkbox"/>	通	備考	郵送 <input type="checkbox"/>