

社会保険料控除証明申請書

(国民健康保険税・介護保険料・後期高齢者医療保険料)

年 月 日

つくば市長 様

社会保険料控除証明書の発行について、次のとおり申請します。

① 窓口に来られた方の住所・氏名等をご記入ください。

申請者	住所	TEL ()		
	ふりがな 氏名	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	

② どなたの証明が必要ですか。(申請者と同じ場合は記入不要です。)

住所			
ふりがな 氏名	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
申請者①との関係	1 本人	2 同一世帯	3 代理人

※ 代理人が申請する場合は、委任状が必要です。

③ 必要なものはどれですか。(何年分かを記載し、該当するものにチェックをしてください。)

平成・令和 _____ 年分		
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 介護保険料	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料

受付	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード	※顔写真無しは2点確認 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	権限確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
	作成	確認	交付

(桜 ・ 谷 ・ 荃 ・ 豊 ・ 大 ・ 筑)