

社会保険料控除の納付額証明申請書
(国民健康保険税・介護保険料・後期高齢者医療保険料)

令和 年 月 日

横手市長 様

① 窓口に見えられた方の住所・氏名等をご記入下さい。

申請者	住所			
	ふりがな氏名		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日

本人からの電話請求による。

② どなたの証明が必要ですか。

住所			
ふりがな氏名		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
申請者①との関係	1. 本人 2. 夫・妻・子・孫・兄弟姉妹・父母・祖父母 3. 弁護士・司法書士・行政書士 4. その他() 5. 徴収員()		

確認欄	公的証明書・自己確認・その他()
-----	-------------------

受付	
----	--

委任状

令和 年 月 日

横手市長 様

〈受任者〉 窓口に来る人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

上記のものに、社会保険料控除の納付額証明書に関する権限を委任したのでお届けします。

〈委任者〉 証明が必要な人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日