

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 窓口にみえられた方の住所・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

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()		

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