

国民健康保険税 納付額確認書【申告用】 交付申請書

令和 年 月 日

柏 崎 市 長 様

◎窓口に来られた方の身分証明書（マイナンバーカード・運転免許証等）をご提示ください。

どなたの証明が必要ですか	住 所 柏崎市 ふりがな
申請者との関係 ☐ 本人 ☐ 同一世帯の親族（続柄） ☐ 被相続人（続柄） ☐ その他（申請者との関係）	納税義務者氏名（世帯主名） (Tel) (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日) 令和 年 分
窓口に来られた人（申請者） ※ご本人が窓口に来られた場合は、この欄は記入不要です。 ※ご本人及び同一世帯の親族以外の方が申請される場合は、委任状欄への記載が必要です。	住 所 柏崎市 ☐ 同上 ふりがな 氏 名 (Tel) (生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日)

【 委 任 状 】

私は、上記申請者に、申告用国民健康保険税納付額についての申請事務を委任します。

※ 委任者本人が署名、押印して下さい。

委任者（依頼した人） 住 所
氏 名 印

本人確認	1枚書類（写真付き）	複数書類（組み合わせ）	担当者 印
	☐ 運転免許証 ☐ 在留カード(外国人登録証) ☐ 住基カード ☐ 資格証・補助者証 ☐ その他（ ）	☐ 健康保険資格確認書 ☐ 年金手帳・年金証書 ☐ 住基カード ☐ 納税通知書 ☐ その他（ ）	

※手数料は無料です。