

保険税納付証明書等交付申請書(郵送用)

西原町長 殿

令和 年 月 日

1. 申請人

住所			
フリガナ			
氏名	印	電話番号	
(明・大・昭・平 年 月 日生)			

2. どなたのものが必要ですか

<input type="checkbox"/> 自分のもの	
<input type="checkbox"/> 自分以外のもので、 ※別の世帯の方は、委任状が必要です。	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
氏名	(明・大・昭・平 年 月 日生) ※申請人との関係()

3. どの証明が必要ですか

国民健康保険税・後期高齢者医療保険料 (必要な方を○で囲んでください)		
・納付証明書 ※1	年分	枚
・納税証明書 ※2	(年度分)	枚

※1 納付証明書とは〇〇年1月1日～12月31日までの1年間で納付した額が記載されます。
※2 納税証明書とは〇〇年度に未納がないことが記載されます。

4. 使用目的

※例) 確定申告に使用するため

役場へ送る封筒に入れるもの ①本申請書 ②委任状(別世帯の方が申請する場合のみ) ③申請者の本人確認ができる身分証明書の写し(運転免許証、パスポート等) ④定額小為替(証明書発行手数料…1通につき300円) ※定額小為替を通数分同封してください。(定額小為替は郵便局で購入できます) ⑤返信用封筒(切手を貼り、宛名を書いたもの) 郵送先 〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1□ 西原町役場 福祉保険課 あて
--