! ご注意ください

1 2月発送を希望する場合は**1 1月20日まで**に、2月発送を希望する場合は**1月20日**までに、介護保険料課へ申請書をご提出ください。

介護保険料納付確認書 送付登録申請書			
(宛先)東大阪市長			
		申請年月日	令和6年 4月 1日
申請者	本人	氏名	
	代理人	氏名	東大阪 花子
	住所	〒577-0011 東大阪市荒本北一丁目1番1号	
		本人との関係	妻
		電話番号	06 (4309) 3188
(注)申請者の本人確認ができる書類を提示してください。 なお、申請が同居の世帯員以外の場合は、委任状が必要です。			
被保険者	被保険者番号	0001234567	
	フリガナ	ヒガシオサカ タロウ	
	氏名	東大阪 太郎	生年月日 明・大・昭 #年 1月 1日
	住所	〒111-1111 東大阪市〇〇町1-1-1	性別 男・女
		電話番号	06 (XXXX) ΔΔΔΔ
送付登録解除	☒ 解除		
送付登録	翌年以降、納付確認書を送付希望の方は記入してください。 一度登録していただきましたら、改めての送付登録は必要ありません。 ※納付確認書の送付が不要になった場合は連絡をお願いします。		
	☒ 12月上旬発送 ☐ 2月上旬発送		
使用目的	☒ 年末調整 ☐ 税申告 ☐ その他()		

申請日(申請書記入日)をご記入ください

申請者(申請書を記入するひと)についてご記入ください。
“本人”の場合は上段の本人欄に、“本人以外”が記入する場合は、下段の代理

被保険者本人についてご記入ください。
被保険者番号は、被保険者証等に記載されている“0”からはじまる10桁の数

送付登録を解除する場合は、解除にをいれてください。
送付登録をする場合は、希望する発送月および使用目的の該当するものにをい

下の欄は市の事務処理用ですから、記入しないでください。

受付印

申請者確認	点検	特記入力	受付者
1.被保険者証			
2.運転免許証			
3.健康保険証			
4.マイナンバーカード			
5.その他()			